**OŚWIADCZENIE**

o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię: | | | | |
| Nazwisko: | | | | |
| PESEL\*: |  | | |  |
| \*Lub numer paszportu (w przypadku braku PESEL): | | | | |
| Numer telefonu: | |  |  | |
| Adres mailowy: | | | | |
| Zawód: | | | | |
| Miejsce pracy: | | | | |
|  | | | | |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL (lub numeru paszportu w przypadku braku numeru PESEL), informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, numeru telefonu oraz adresu mailowego przez Centrum Medycyny Rodzinnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk tel. + 48 58 349 16 08 e-mail: cmr@gumed.edu.pl; REGON: 221573176; NIP: 9571062884 oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | …………………………………………………………… |
|  | data | czytelny podpis |

Strona 1 z 1