**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Stanowisko:

Komórka organizacyjna:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez Szpital Miejski w Zabrzu, sp. z o.o., ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze i *(wpisać nazwę podmiotu, w którym jest zatrudniona osoba oświadczająca)*, 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).

Podpis