**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

………………………………………………………..

/imię i nazwisko/

……………………………………………………….

/PESEL/

……………………………………………………….

/nazwa i adres miejsca zatrudnienia/

Ja, niżej podpisany, administrator systemu informatycznego …………………………... do obsługi w zakresie dystrybucji szczepionek, dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: imienia nazwiska, numeru PESEL, przez Centrum e-Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia w celu obsługi, organizacji   
i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

             miejscowość i data                                                                                               czytelny podpis osoby