
Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE

W związku z wyrażeniem chęci szczepienia przeciwko COVID-19 ja niżej podpisany/a oświadczam, że
wrażam zgodę na przekazanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez podmioty uczestniczące
w procesie organizacji i realizacji szczepień w celu realizacji tego procesu.

Czytelny podpis

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE

W związku z wyrażeniem chęci szczepienia przeciwko COVID-19 ja niżej podpisany/a oświadczam, że
wrażam zgodę na przekazanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez podmioty uczestniczące
w procesie organizacji i realizacji szczepień w celu realizacji tego procesu.

Czytelny podpis