

Września, dnia 2021 roku

.....
Nazwisko i imię

.....
Adres zamieszkania

PESEL

.....
Numer telefonu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, wyżej wskazanych, moich danych osobowych w celu wykonania szczepień przeciwko COVID-19 w „Szpitalu Powiatowym we Wrześni” Sp z o.o. przez podmioty uczestniczące w procesie organizacji i realizacji szczepień przeciwko COVID-19.

.....
Data i podpis