



## Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL przez SP ZOZ MSWiA z WMCO w Olsztynie oraz udostępnianie tych danych: Centrum eZdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS- CoV-2 (COVID19).

Imię .....

Nazwisko.....

PESEL.....

Numer telefonu.....

Pytania dodatkowe	Tak	Nie						
Czy miała Pani/miał Pan <b> dodatni </b> wynik testu <b> genetycznego </b> lub <b> antygenowego </b> w kierunku wirusa SARS-CoV-2?								
Jeżeli <b> TAK </b> to kiedy : Dzień-Miesiąc-Rok <table border="1" data-bbox="137 1323 746 1395"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								

Data.....

Czytelny podpis.....