



Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL, numeru telefonu 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 wywoływanej zakażeniem wirusem (SARS- CoV-2 COVID19).

Imię

Nazwisko.....

PESEL.....

Numer telefonu.....

Pytania dodatkowe	Tak	Nie						
Czy miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?								
Jeżeli TAK to kiedy : Dzień-Miesiąc-Rok <table border="1" data-bbox="140 1328 748 1397"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								

Data.....

Czytelny podpis.....