

## Szczepienie przeciwko COVID – 19

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych:

Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, numeru PESEL, numeru telefonu, adresu zamieszkania przez Lecznicę Rodzinną ALFA oraz udostępnianie tych danych Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Jednocześnie potwierdzam zapoznanie się z klauzulą informacyjną poniżej.

.....  
data i podpis

### Klauzula informacyjna RODO

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Lecznica Rodzinną ALFA M. Ciosek, J. Czarnecka-Mielczarek s.c., ul. Powstańców Warszawy 8, 05-840 Brwinów, NIP 534 20 97 761.
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych z którym może się Pani/Pan skontaktować poprzez email: [administracja@przychodnia-alfa.waw.pl](mailto:administracja@przychodnia-alfa.waw.pl) we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem.
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Podstawą prawną przetwarzania danych jest wyrażona zgoda (art. 6 pkt.1 lit. a RODO).
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie Centrum e-Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia.
5. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści Pani/Pana danych, oraz prawo żądania ich sprostowania.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych (Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych (PUODO), ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w formularzu jest nieobowiązkowe, jednak niezbędne do zrealizowania szczepienia.