

.....dn.....

Miejsce pracy

Imię i Nazwisko

PESEL

Zawód wykonywany

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a **wyrażam chęć** zaszczepienia się przeciwko SARS-CoV-2 oraz **wyrażam zgodę** na udostępnienie moich danych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce Ministrowi Zdrowia i przetwarzanie przez Centrum e-Zdrowia, Ministra Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia w celu realizacji szczepień przeciwko SARS-CoV-2.

.....

Czytelny podpis