

# Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie

**Adres:**

ul. Niepodległości 8  
44-190 Knurów

**Regon:** 271506324 **NIP:** 969-11-86-910**Tel.** 32/331-93-24, 504715977 **Fax.** 32/331-93-29**E-mail:** sekretariat@zozknurow.pl

---

Knurów, dnia .....r.

## OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL 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).

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

.....  
podpis

**Informacja dodatkowa:****Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest: Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie**

Dane osobowe osoby uprawnionej pozyskiwane są bezpośrednio od niej w związku z jej dobrowolnym przystąpieniem i udziałem do programu, w ramach którego wykonywane są szczepienia ochronne przeciwko COVID-19. Osoba uprawniona ma prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie. Nie wpłynie to jednak na zgodność z prawem przetwarzania w okresie od momentu wyrażenia zgody do chwili jej wycofania. Wzór oświadczenia o wyrażeniu zgody opracowany został na podstawie wytycznych określonych przez Ministerstwo Zdrowia.

---