Szczepienie przeciw COVID-19

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych:

Imię i nazwisko	
PESEL	
Numer telefonu	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, numeru PESEL, numeru telefonu przez **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁUBNIANACH** 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 poniższą klauzulą informacyjną.

…….

data i podpis

Klauzula informacyjna RODO

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Łubnianach przy ul. Opolskiej 53a.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pan/Pani skontaktować poprzez e-mail: iod.lubniany@gmail.com 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, 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 Osobowych(PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. **Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w formularzu jest nieobowiązkowe, jednak niezbędne do zrealizowania szczepienia.**