



## Przychodnia Rodzinna „Do-Med”

04-874 Warszawa, ul. Przewodowa 32

Tel. 22 290 23 10

e-mail: [rejestracja.miedzeszyn@do-med.pl](mailto:rejestracja.miedzeszyn@do-med.pl)

[www.przychodnia.do-med.pl](http://www.przychodnia.do-med.pl)

Imię: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Oświadczenie

Ja niżej podpisana/y wyrażam gotowosc do poddania się szczepieniu przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL i adresu przez Domową Opiekę Medyczną „Do-Med” Sp. z o. o. oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia oraz podmiotom uczestniczącym w procesie organizacji i realizacji szczepień, w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19)

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis