



Karta zgłoszenia do wykonania dobrowolnego szczepienia przeciw COVID-19

Ja niżej podpisany wyrażam chęć przystąpienia do szczepienie przeciwko COVID-19.

Imię	Nazwisko	Pesel	Tel. Komórkowy

.....

Data, czytelny podpis pacjenta

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie i udostępnianie danych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL, numeru telefonu przez Urząd Miasta Nowego Sącza 33-300 Nowy Sącz , ul. Rynek 1 oraz udostępnienie tych danych Ośrodkowi Zdrowia w Łukowicy Sp. z o.o. 34-606 Łukowica 8 : w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19)

.....

Data, czytelny podpis pacjenta



Karta zgłoszenia do wykonania dobrowolnego szczepienia przeciw COVID-19

Ja niżej podpisany wyrażam chęć przystąpienia do szczepienie przeciwko COVID-19.

Imię	Nazwisko	Pesel	Tel. Komórkowy

.....

Data, czytelny podpis pacjenta

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie i udostępnianie danych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL, numeru telefonu przez Urząd Miasta Nowego Sącza 33-300 Nowy Sącz , ul. Rynek 1 oraz udostępnienie tych danych Ośrodkowi Zdrowia w Łukowicy Sp. z o.o. 34-606 Łukowica 8 : w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19)

.....

Data, czytelny podpis pacjenta