

Gdańsk, dnia .....

.....  
/imię i nazwisko rodzica (opiekuna prawnego)/(DRUKOWANE LITERY)

.....  
/PESEL/

.....  
/adres zamieszkania – ulica i nr/

.....  
/adres zamieszkania – kod pocztowy i miejscowość/

.....  
/nr telefonu kontaktowego – preferowany numer telefonu KOMÓRKOWEGO/

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie i udostępnianie danych  
osobowych oraz na poddanie się szczepieniom ochronnym przeciwko wirusowi  
SARS-CoV-2**

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL (lub numeru paszportu w przypadku braku numeru PESEL), numeru telefonu przez NEWMEDICAL sp. z o.o.; 80-041 Gdańsk, ul. Dywizji Wołyńskiej 85; telefon: 508 833 656; e-mail: a.kacprzak@nmedical.pl; REGON: 221850701; NIP: 586-22-81-732 oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Jednocześnie, ja niżej podpisany/a zgadzam/nie zgadzam się\* na szczepienie przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 (COVID-19).

.....  
Czytelny podpis

\*Niewłaściwe skreślić