



DEKLARACJA NA SZCZEPIENIE PRZECIWKO
COVID-19
W PRZYCHODNI LEKARSKIEJ ALMED

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon

Zgłaszam chęć przystąpienia do szczepień przeciwko COVID-19 w Przychodni lekarskiej ALMED ul. Żeromskiego 41a 96-500 Sochaczew.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez podmioty uczestniczące w procesie organizacji i realizacji szczepień przeciwko COVID-19, w tym Ministerstwo Zdrowia oraz Centrum e-Zdrowia i platformę P1, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Przychodnie lekarską ALMED w Sochaczewie.

Data

Czytelny podpis