

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
poprzez ich udostępnienie**

Ja, niżej podpisany/-a wyrażam zgodę* na udostępnienie przez **DaVita sp. z o.o.** z siedzibą we Wrocławiu, moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, na rzecz:

- Centrum e-Zdrowia,
- Ministerstwu Zdrowia oraz
- Narodowego Funduszu Zdrowia

w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

(data i podpis)

*Uzupełniając niniejszy formularz pacjent potwierdza, że uprzednio otrzymał od DaVita sp. z o.o. – jako administratora danych osobowych - Klauzulę Informacyjną dla Pacjenta oraz że jest świadomy, że informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych zawarte w Klauzuli Informacyjnej dla Pacjenta mają również zastosowanie do przetwarzania danych osobowych na podstawie niniejszej zgody, chyba że zastrzeżono inaczej. W szczególności aktualna pozostaje informacja, iż pacjent ma prawo wycofać zgodę w dowolnym momencie, jednak wycofanie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania opartego na zgodzie przed jej wycofaniem.