**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

………………………………………………………..

/imię i nazwisko/

……………………………………….……………….

/PESEL/

…………………………………………….………….

/nazwa i adres miejsca zatrudnienia/

………………………………………………….…….

/numer telefonu, adres poczty elektronicznej/

Ja, niżej podpisany, administrator systemu informatycznego, dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: imienia, nazwiska, numeru PESEL, nazwy i adresu miejsca zatrudnienia, numeru telefonu, adresu poczty elektronicznej przez Ministerstwo Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia w celu obsługi, organizacji i realizacji procesu szczepień przeciw grypie.

             miejscowość i data                                                                                               czytelny podpis osoby