Deklaracja
o chęci szczepienia przeciwko COVID-19

1) **----------**
imię i nazwisko

2) **----------**
PESEL

3) **----------**
telefon kontaktowy

4) pracownik medyczny *(zaznaczyć właściwe):*

TAK ☐

NIE ☐

5) **----------**
nazwa podmiotu leczniczego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez podmioty uczestniczące w procesie organizacji i realizacji szczepień w celu realizacji tego procesu.

---------- ----------

miejscowość, data *czytelny podpis osoby składającej Deklarację*