Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw Covid-19 u ................................

.......................................... PESEL.................................................

Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące szczepienia i je zrozumiałem/am . Zostały mi udzielone również odpowiedzi na wszystkie żądane przeze mnie pytania i zrozumiałem udzielone mi odpowiedzi.

 Data................ Podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

 **Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych ....................................

..............................................PESEL ............................................. przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach oraz udostepnienie danych Centrum e-Zdrowia , Ministerstwu Zdrowia , Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 ( COVID-19)

 Opiekun prawny/pacjent

 Imię ................................................

 Nazwisko ........................................

 PESEL..............................................

 Data.................................................