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/-am 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 udostępnienie 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.................................................