

## Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL, telefonu, przez **ALLMEDICA spółka z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Franciszka Klimczaka 17/80** oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowie, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko grypie lub chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (Covid-19).

Imię ..... Nazwisko .....

PESEL ..... Telefon .....

Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

Ulica ..... Nr budynku / mieszkania .....

Data i podpis .....

*Powyższa zgoda jest dobrowolna, jednak konieczna do realizacji szczepienia. Jej odwołanie jest możliwe do momentu szczepienia, co jest jednoznaczne z rezygnacją z niego. Każda osoba posiada prawo do dostępu do swoich danych, ich sprostowania, żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania czy przeniesienia danych. W przypadku niewłaściwego przetwarzania przysługuje prawo skargi do Prezesa Urzędu Ochrony danych osobowych. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się z wyznaczonym IOD pod adresem [info@allmedica.pl](mailto:info@allmedica.pl)*