



## CENTRUM MEDYCZNE WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO SP. Z O.O.

02-097 Warszawa, ul. Nielubowicza 5  
Tel. 22 599 18 00, Fax. 22 599 18 06  
e-mail [cmwum@cmwum.pl](mailto:cmwum@cmwum.pl)  
[www.cmwum.pl](http://www.cmwum.pl)

Imię: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

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

### Oświadczenie

Ja niżej podpisana/y wyrażam gotowosc do poddania się szczepieniu przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL i adresu przez Centrum Medyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o. o. oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia oraz podmiotom uczestniczącym w procesie organizacji i realizacji szczepień, w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19)

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis