



**ZGŁOSZENIE NA SZCZEPIENIE PRZECIWKO COVID-19  
W SZPITALU POWIATOWYM W SOCHACZEWIE  
OSOBY ZATRUDNIONEJ W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA**

**Imię i nazwisko**

**PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**PRACOWNIK MEDYCZNY**

**TAK**

**NIE**

**ADRES ZAMIESZKANIA  
PRACOWNIKA**

**TELEFON KOMÓRKOWY**

**NAZWA I ADRES  
PODMIOTU SEKTORA  
OCHRONY ZDROWIA**

Pieczętka

Zgłaszam swój akces do zaszczepienia przeciwko COVID-19 w Zespole Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie, ul. Batalionów Chłopskich 3/7, 96-500 Sochaczew.  
Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych przez Zespół Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Data

Czytelny podpis pracownika