……………………………, dnia ……………….

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

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………

PESEL: …………………………………………………………………………

**Klauzula dotycząca pobierania danych na szczepienia**

W związku z wejściem w życie przepisów Rozporządzenia UE 2016/679 informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Zamojski Szpital Niepubliczny sp. z o.o. z siedzibą w Zamościu przy ul. Peowiaków 1, kod pocztowy: 22-400, tel.: 84 677 50 10, adres e-mail: zamosc@szpital.com.pl.
2. W celu zapewnienia bezpieczeństwa Państwa danych, z dniem 25.05.2018 w szpitalu powołany został Inspektor Ochrony Danych, z którym możecie się Państwo skontaktować drogą telefoniczną: 84 677 50 40, bądź mailową: iod@szpital.com.pl
3. Głównym celem zbierania Państwa danych osobowych jest przeprowadzenia procesu szczepień przeciwko COVID-19
4. Na mocy przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 przysługuje Państwu prawo dostępu do Państwa danych osobowych, ich sprostowania oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
5. Podanie danych jest konieczne do przeprowadzenia procesu szczepienia. Brak podania danych osobowych jest równoznaczne z brakiem możliwości zaszczepienia
6. Dane udostępnione przez Państwa mogą być przekazane podmiotom uczestniczącym w procesie organizacji i realizacji szczepień, w tym Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia.
7. Dane udostępnione przez Państwa nie będą podlegały profilowaniu.
8. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez Zamojski Szpital Niepubliczny sp. z o.o. z siedzibą w Zamościu przy ul. Peowiaków 1, kod pocztowy: 22-400 oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19). Równocześnie potwierdzam zapoznanie się z klauzulą informacyjną.

………………………………………………………………………………