

.....  
(imię i nazwisko osoby szczepionej)

.....  
(PESEL osoby szczepionej)

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych przez Centrum Zdrowia w Opolu Sp. z o.o.

## OŚWIADCZENIE

Oświadczenie wyrażające zgodę na podstawie przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm., dalej RODO).

### A. Zostałam/em poinformowana/y:

1. że Administratorem Danych jest Centrum Zdrowia w Opolu Sp. z o.o., ul. Kościuszki 2, 45 – 062 Opole (Przychodnia „Śródmieście”, ul. Waryńskiego 30, 45-047 Opole);
2. że przekazanie moich danych osobowych jest dobrowolne;
3. o danych kontaktowych Administratora Danych, tj. adresie korespondencyjnym oraz adresie poczty e-mail: iod@srodmiescie.opole.pl;
4. o celach przetwarzania danych osobowych oraz podstawie prawnej ich przetwarzania;
5. o prawnie uzasadnionych interesach realizowanych przez administratora;
6. o okresie, przez który dane osobowe będą przechowywane oraz kryteriach ustalania tego okresu;
7. o prawie do żądania od administratora dostępu do danych, które mnie dotyczą;
8. o prawie do sprostowania danych;
9. o prawie do usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
10. o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
11. o prawie do przeniesienia danych;
12. o prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie;
13. o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego.

**B. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania może skutkować niedopuszczeniem do szczepienia przeciwko COVID – 19.**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis pacjenta lub opiekuna)