

**Zgłoszenie chęci szczepienia przeciw COVID-19 nauczyciela akademickiego
lub innej osoby prowadzącej zajęcia, urodzone po 31 grudnia 1955 r.**

- Zgłaszam chęć zaszczepienia się przeciw COVID-19*
- Informuję, iż nie zgłosiłem/-am chęci szczepienia w innej Uczelni*

Poniżej, przekazuję swoje dane osobowe, niezbędne do rejestracji*:

PESEL:.....

Nazwisko:.....

Imię:.....

Numer telefonu:.....

Wybór punktu szczepień*:

- Miejski Szpital Zespolony (12 - Śląski Oddział NFZ), Częstochowa, ul. Bony Sforzy 1/3.
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie (12 - Śląski Oddział NFZ) Częstochowa, ul. Bialska 104/118.
- Miejski Szpital Zespolony (12 - Śląski Oddział NFZ) Częstochowa, ul. Mirowska 15.
- inne.....

.....
(proszę wskazać dokładne dane z rejestru punktów szczepień z pliku excel)

Wysłanie formularza wymaga poniższych zgód i oświadczeń:

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu zgłoszenia zainteresowania szczepieniem przeciw COVID-19 *
- Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny w celu przekazania mi informacji o szczepieniu przeciw COVID-19 na numer telefonu podany w zgłoszeniu *

.....

Data i podpis

Uwaga:

Z informacją nt. przetwarzania danych osobowych można zapoznać się na stronie internetowej PCz w zakładce RODO.

* Pola oznaczone gwiazdką są obowiązkowe