

Śrem, dnia.....

Imię .....

Nazwisko .....

PESEL .....

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, adresu zamieszkania, numeru PESEL, przez **Szpital Powiatowy im. Tadeusza Malińskiego w Śremie spółka z o. o.** oraz udostępnianie tych danych odpowiedniej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w sytuacji podejrzenia zakażenia wirusem SARS-COV2 (COVID-19).

.....

podpis