

WYRAŻAM WOLĘ ODBYCIA SZCZEPIENIA PRZECIW COVID –19  
W NZOZ MEDIQ W LEGIONOWIE  
W TERMINIE ZGODNYM ZE STRATEGIĄ SZCZEPIEŃ W POLSCE

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	
PESEL	
TELEFON KONTAKTOWY	

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest NZOZ MEDIQ w Legionowie ul. Piłsudskiego 20, 05 –120 Legionowo. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem udzielenia Pani/Panu świadczeń medycznych przez NZOZ MEDIQ w Legionowie. Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych obsługi pacjenta i wykorzystywane jedynie w celu rejestracji na w/w świadczenie.

DATA: ..... CZYTELNY PODPIS: .....