

|                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>NZOZ<br/>LEKARZ<br/>PIOTR PAPIEROWSKI</b><br>Nowa Sucha 50a<br>96-513 Nowa Sucha                                                                                                                                                     | <b>Deklaracja na szczepienie<br/>przeciwko COVID-19<br/>NZOZ Lekarz Piotr Papierowski</b>                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię i nazwisko                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL                                                                                                                                                                                                                                   | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TELEFON                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zgłaszam akces do zaszczepienia przeciwko COVID -19 w<br>Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez podmioty uczestniczące w<br>szczepienia przeciwko<br>i platformie P1, Narodowemu Funduszowi Zdrowia | NZOZ LEKARZ PIOTR PAPIEROWSKI<br>danych osobowych przez podmioty uczestniczące w<br>COVID -19, w tym Ministerstwu Zdrowia, Centrum e-Zdrowia,<br>oraz NZOZ LEKARZ Piotr Papierowski |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DATA:                                                                                                                                                                                                                                   | CZYTELNY PODPIS:                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>NZOZ<br/>LEKARZ<br/>PIOTR PAPIEROWSKI</b><br>Nowa Sucha 50a<br>96-513 Nowa Sucha                                                                                                                                                     | <b>Deklaracja na szczepienie<br/>przeciwko COVID-19<br/>NZOZ Lekarz Piotr Papierowski</b>                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię i nazwisko                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL                                                                                                                                                                                                                                   | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TELEFON                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zgłaszam akces do zaszczepienia przeciwko COVID -19 w<br>Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez podmioty uczestniczące w<br>szczepienia przeciwko<br>i platformie P1, Narodowemu Funduszowi Zdrowia | NZOZ LEKARZ PIOTR PAPIEROWSKI<br>danych osobowych przez podmioty uczestniczące w<br>COVID -19, w tym Ministerstwu Zdrowia, Centrum e-Zdrowia,<br>oraz NZOZ LEKARZ Piotr Papierowski |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DATA:                                                                                                                                                                                                                                   | CZYTELNY PODPIS                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>NZOZ<br/>LEKARZ<br/>PIOTR PAPIEROWSKI</b><br>Nowa Sucha 50a<br>96-513 Nowa Sucha                                                                                                                                                     | <b>Deklaracja na szczepienie<br/>przeciwko COVID-19<br/>NZOZ Lekarz Piotr Papierowski</b>                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię i nazwisko                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL                                                                                                                                                                                                                                   | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TELEFON                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zgłaszam akces do zaszczepienia przeciwko COVID -19 w<br>Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez podmioty uczestniczące w<br>szczepienia przeciwko<br>i platformie P1, Narodowemu Funduszowi Zdrowia | NZOZ LEKARZ PIOTR PAPIEROWSKI<br>danych osobowych przez podmioty uczestniczące w<br>COVID -19, w tym Ministerstwu Zdrowia, Centrum e-Zdrowia,<br>oraz NZOZ LEKARZ Piotr Papierowski |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DATA:                                                                                                                                                                                                                                   | CZYTELNY PODPIS                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

