

ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM

(dane osobowe wypełnia Pacjent)

W wyniku przeprowadzonego w dniu **07.04.2021r** o godzinie **13:50**..... lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się że:

U Pana/i **Jan Kowalski**..... urodzonego/ej w dniu **21.06.1943**, zamieszkałego/ej w **Ostrowie Wielkopolskim, ul. Limanowskiego 20**.....

identyfikującego/cej się numerem PESEL: (lub nr Dokumentu tożsamości w przypadku nieposiadania nr PESEL)

1112223334444.....

Stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw COVID-19

Stwierdzono przeciwwskazania do szczepienia ochronnego przeciw COVID-19

.....
.....
.....
.....
.....
(adnotacje lekarskie)

Ostrów Wlkp......, dnia **07.04.2021**.....
(miejscowość)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy (Zakład Pracy, Komórka Organizacyjna):

.....
przez Szpital Węzłowy Ostrów Wlkp. ul. Limanowskiego 20/22 oraz udostępnienie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszu Zdrowia w celu organizacji i realizacji szczepień przeciwko COVID-19.

Imię: **Jan**.....

Nazwisko: **Kowalski**.....

Pesel: **1112223334444**.....

Jan Kowalski.....

(podpis Pacjenta)