

Tarnowskie Góry, data grudnia 2020 roku

Podmiot Lecznicy:

Zakon Posługujących Chorym Ojcowie Kamilianie
42-606 Tarnowskie Góry ul. Bytomska 22
NIP: 645-17-88-973
REGON: 040001646
RPWDL: 000000012208

D E K L A R A C J A

Imię i Nazwisko:

Miejsce wykonywania pracy (Podmiot Lecznicy):

Nazwa:

Adres:

PESEL:

WYKONUJĘ / NIE WYKONUJĘ ZAWÓD MEDYCZNY*

*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że wyrażam zgodę* na udział w programie szczepień przeciwko COVID-19 pracowników sektora ochrony zdrowia.

.....
Podpis osoby składającej deklarację

*Złożenie deklaracji związane jest z koniecznością podpisania zgody na przekazanie i przetwarzanie danych osobowych.