

<b>NZOZ LEKARZ PIOTR PAPIEROWSKI</b> Nowa Sucha 50a 96-513 Nowa Sucha	<b>Deklaracja na szczepienie przeciwko COVID-19 NZOZ Lekarz Piotr Papierowski</b>  <b>GRUPA I</b>											
Imię i nazwisko												
PESEL	<table border="1"><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												
<b>osoby powyżej 60. roku życia</b> w kolejności od najstarszych (decyzja na postawie numeru PESEL)	TAK NIE											
<b>służby mundurowe:</b> <small>Zołnierze Wojska Polskiego, w tym Wojsk Obrony Terytorialnej, funkcjonariusze Policji, Straży Granicznej, Straży Gminnej i Miejskiej, Straży Pożarnej, pracownicy TOPR oraz GOPR, którzy biorą bezpośredni udział w działaniach przeciwepidemicznych oraz odpowiadają za bezpieczeństwo narodowe</small>	TAK NIE											
<b>nauczyciele</b>	TAK NIE											
Zgłaszam akces do zaszczepienia przeciwko COVID -19 w Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich organizacji i realizacji szczepienia przeciwko i platformie P1, Narodowemu Funduszowi Zdrowia	NZOZ LEKARZ PIOTR PAPIEROWSKI danych osobowych przez podmioty uczestniczące w COVID -19, w tym Ministerstwu Zdrowia, Centrum e-Zdrowia oraz NZOZ LEKARZ Piotr Papierowski											
DATA:	CZYTELNY PODPIS:											