

Ankieta pacjenta zgłaszającego się do szczepienia przeciwko COVID -19 – Mobilna Jednostka Szczepiąca

**PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI**

IMIĘ I NAZWISKO

NUMER PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA

ADRES E-MAIL\*

NUMER TELEFONU\*

**Klauzula informacyjna RODO**

Zgodnie z Rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) a także stosownymi aktami wykonawczymi informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: **MarAmeD Marcin Janicki** , Numer NIP **8882652452** Numer REGON **380894632** Rzadka Wola 33, 87-880 Brześć Kujawski; **Oddział Bydgoszcz**: ul. Osiedlowa, 10 A, 85-794 Bydgoszcz tel: **730-760-550** e-mail: **biuro@maramed.pl**
2. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych dostępnym pod adresem e-mail: **marcin.janicki@maramed.pl**
3. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji szczepienia oraz jego udokumentowania.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa w tym „Mobilna Jednostka Szczepiąca realizująca poniższe świadczenie” oraz min. NFZ, MZ, KPRM, GIS, SANEPID.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, wniesienia sprzeciwu przetwarzania danych osobowych.
6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udzielenia świadczenia medycznego.

DATA SZCZEPIENIA:	
SERIA SZCZEPIONKI:	
GODZINA SZCZEPIENIA:	RAMIĘ:
TEMPERATURA CIAŁA PACJENTA:	°C
SpO2	HR

PODPIS MJS

DATA / CZYTELNY PODPIS

\* POLA NIETYMAGANE