



## Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Targówek



Warszawa .....  
(data)

Chcę zaszczepić się przeciw COVID – 19 w Punkcie szczepień SZPZLO Warszawa Targówek. Wybierz w którym punkcie szczepień mamy Cię zapisać:

- Przychodnia Poborzańska 6       – Przychodnia Łojewska 6
- Przychodnia Rembielińska 8       – Przychodnia Remiszewska 14

Proszę o podanie kilku danych identyfikacyjnych i kontaktowych:

Imię:.....

Nazwisko:.....

Data urodzenia:.....

Telefon:.....

Adres e-mail (ułatwia kontakt w przypadku braku telefonu komórkowego):

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji szczepienia przeciwko COVID – 19 przez SZPZLO Warszawa Targówek, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

.....  
(podpis)



**MIEJSCE  
PRZYJAZNE  
SENIOROM  
2017**

**F** firmaroku•2017  
OGÓLNOPOLSKI PLEBISCYT

ul. Tykocińska 34, 03-545 Warszawa  
Sekretariat tel. 22 518 26 41, fax 22 518 26 44  
e-mail: sekretariat@zostargowek.waw.pl, www.zostargowek.waw.pl  
NIP 524-27-48-756, Regon: 145950090  
konto: PEKAO S.A. 33 1240 6074 1111 0010 4364 7094

