Formularz zgłoszenia na szczepienie przeciw COVID-19

Imię: _____

Nazwisko: _____

PESEL: _____

Nr tel. kom.: _____

Prosimy wypełnić **wszystkie dane**. Brak którejkolwiek informacji będzie **skutkował niewpisaniem** na listę osób chętnych zaszczepić się przeciw koronawirusowi.

Program szczepień prowadzony jest zgodnie z wytycznymi Rządu. Pacjenci szczepieni będą zgodnie harmonogramem. **Zapisywać mogą się: od 15.01.21 r. osoby powyżej 80. roku życia, od 22.01.21 r. osoby powyżej 70. roku życia.** Szczepienia rozpoczną się od 25.01.21 r.

Terminy szczepień uzależnione są od dostępności szczepionek. Pacjenci będą sukcesywnie informowani wiadomością SMS o dokładnym terminie szczepienia. Jeśli termin nie będzie odpowiadać, prosimy skontaktować się z Przychodnią telefonicznie lub e-mailowo.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SPZOZ PIASTUN w celu udokumentowania ww. zdarzenia. Oświadczam także, że zostałam/em poinformowany o przysługujących mi w związku z tym prawach.