**WNIOSEK**

**O ZAPISANIE NA SZCZEPIENIE PRZECIWKO GRYPIE**

Wnoszę o zapisanie na bezpłatne szczepienie przeciwko grypie.

Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko:

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Numer karty seniora:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | / |  |  |  |  |

Telefon kontaktowy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Wyrażam zgodę na poinformowanie mnie o terminie szczepienia przez SMS

lub

Proszę o kontakt telefoniczny z informacją o terminie szczepienia

Nazwisko lekarza rodzinnego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Zaznacz nazwę przychodni:

VITA S.C. ul. Piłsudskiego 76

VITA KK ul. Piłsudskiego 76

MEDIX S.C. ul. Droga Leśna 35

OBST ul. Łukowska 12

SZPITAL ul. Szpitalna 2

INNE, jakie? ………………………......

Oświadczenie:

1. Dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
2. Jestem świadoma/ świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia.

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Obornik z siedzibą   
   w Urzędzie Miejskim w Obornikach, ul. marsz. J. Piłsudskiego 76, 64-600 Oborniki,
2. inspektorem ochrony danych w Urzędzie Miejskim w Obornikach jest Pan Bartosz Pawelczyk, [inspektor@rodo-krp.pl](mailto:inspektor@rodo-krp.pl), tel. 792 304 042,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji bezpłatnych szczepień przeciwko grypie na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
4. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie przychodnia lekarza rodzinnego, w której Pani/Pan posiada swojego lekarza,
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres do czasu zakończenia realizacji bezpłatnych szczepień,
6. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność   
   z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
7. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
8. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem umownym. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości skorzystania z bezpłatnych szczepień.

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w procesie realizacji bezpłatnych szczepień przeciwko grypie finansowanych przez Burmistrza Obornik   
a wykonywanych przez przychodnię lekarza rodzinnego w celu komunikacji i korzystania z usług bezpłatnego szczepienia przeciwko grypie organizowanego dla mieszkańców Gminy Oborniki posiadających kartę seniora.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data i podpis