

.....  
Pieczęć podmiotu leczniczego

Data .....



## Formularz uczestnictwa w programie zdrowotnym pn. „Grypa 65+”

Dane uczestniczki/uczestnika programu:

.....  
imię i nazwisko

.....  
nr PESEL

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za stwierdzenie nieprawdy celem osiągnięcia nienależnej korzyści oświadczam, że *(należy wypełnić jeden z punktów)*:

**Jestem zameldowana/y na pobyt stały na terenie m.st. Warszawy,**

tj: .....  
adres zameldowania

**Jestem zameldowana/y na pobyt czasowy na terenie m.st. Warszawy,**

tj: .....  
adres zameldowania

**Oświadczam, że rozliczam podatek dochodowy od osób fizycznych we właściwym organie podatkowym na terenie m.st. Warszawy,**

tj: .....

.....  
(nazwa i adres urzędu skarbowego)

Warszawa .....

.....  
podpis uczestniczki/uczestnika programu

Na podstawie z art. 7 pkt 5 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, z późn. zm.), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Prezydenta m.st. Warszawy w celach realizacji programu zdrowotnego pn. „Grypa 65+”.

.....  
podpis uczestniczki/uczestnika programu

Administratorem danych jest Prezydent m.st. Warszawy z siedzibą w Warszawie, pl. Bankowy 3/5. Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu realizacji programu zdrowotnego pn. „Grypa 65+” i nie będą przekazywane innym odbiorcom. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści jej danych oraz możliwość ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, jednak bez ich podania nie jest możliwe uczestnictwo w programie.