

SZCZEPIENIA KADRY MEDYCZNEJ PRZECIW COVID-19

ETAP 1/3 - DANE PODMIOTU ZGŁASZAJĄCEGO

Adres rejestrowy podmiotu zgłaszającego

Nazwa podmiotu*

Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Anna Czerwińska

NIP*

8751016789

REGON

871219100

Imię i nazwisko osoby decyzyjnej*

Anna Czerwińska

Adres e-mail*

anna.czerwińska@gmail.com

Nr telefonu komórkowego

602465688

Ulica*

Kopernika

Nr budynku*

12

Kod pocztowy*

87-100

Miejscowość*

Toruń

Województwo:*

KUJAWSKO-POMORSKIE

Powrót

Dalej

Strona 2 z 4

SZCZEPNIENIA KADRY MEDYCZNEJ PRZECIW COVID-19

ETAP 2/3 - WYBIERANIE SZPITALA WĘZŁOWEGO

Wybierz szpital węzłowy 

ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ*

KUJAWSKO-POMORSKI ▾

KUJAWSKO-POMORSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ*

- NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ *NOWY SZPITAL W NAKLE I SZUBINIE SPÓŁKA Z O.O., (aleja Mickiewicza 7, 89-100 Nakło nad Notecią)
- NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWY SZPITAL W WĄBRZEŹNIE - NOWY SZPITAL W WĄBRZEŹNIE SP. Z O.O. (Wolności 27, 87-200 Wąbrzeźno)
- REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W GRUDZIĄDZU (Doktora Ludwika Rydygiera 15/17, 86-300 Grudziądz)
- SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOGILNIE (Tadeusza Kościuszki 10, 88-300 Mogilno)
- SAMODZIELNY PUBLICZNY WIELOSPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BYDGOSZCZY (Księdza Ryszarda Markwarta 4/6, 85-015 Bydgoszcz)
- SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ (Szpitalna 3, 88-200 Radziejów)
- WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY IM. L. RYDYGIERA W TORUNIU (Świętego Józefa 53-59, 87-100 Toruń)
- ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY (Wiejska 9, 87-301 Brodnica)
- ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHEŁMNIE (Plac Rydygiera 1, 86-200 Chełmno)

Powrót

Dalej

Strona 3 z 4

SZCZEPIENIA KADRY MEDYCZNEJ PRZECIWIW COVID-19

ETAP 3/3 - WPROWADZANIE DANYCH PRACOWNIKÓW

Wprowadź dane swoich pracowników

Wprowadź dane swojego pracownika Nr 1

Typ pracownika (Nr 1)*

MEDYCZNY

Imię*

Anna

Nazwisko*

Czerwińska

Nr telefonu kontaktowego

602465688

Czy pracownik posiada Nr PESEL*

TAK

Podaj Nr PESEL*

74121673423

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez Rządowe Centrum Bezpieczeństwa oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Czy chcesz dodać kolejnego pracownika Nr 2*

TAK

NIE

– Klauzula RODO (kliknij, aby rozwiązań)

Powrót

WYŚLIJ
ZGŁOSZENIE

Strona 4 z 4