

.....
imię i nazwisko

.....
miejscowość, data

.....
adres

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach, dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury powoływania członków Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Lubuskim Urzędzie Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp.

(Podstawa prawna: ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

.....
czytelny podpis (odręczny)