

.....
/miejsowość, data/

.....
.....
.....

/imię, nazwisko, adres/

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb procedury powoływania członków Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Małopolskim Urzędzie Wojewódzkim w Krakowie – zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz.92, ze zm.).

.....
/czytelny podpis/