

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
adres

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na kandydowanie na członka Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych dla województwa lubelskiego trzeciej kadencji (lata 2024-2029).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach, dla celów realizacji procedury powoływania członków Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Lublinie.

.....
czytelny podpis (odręczny)