…………….…………, …………

 *[miejscowość], [data]*

Ja, niżej podpisana/-y, …………………………………………………… [imię i nazwisko], potwierdzam zapoznanie się z klauzulą informacyjną w związku z przetwarzaniem moich danych osobowych (których administratorem jest Minister Zdrowia), na potrzeby wynikające
z art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej
i bezpieczeństwie pacjenta[[1]](#footnote-1).

………….……………………………

*[podpis]*

1. Dz. U. poz. 1692. [↑](#footnote-ref-1)