

.....  
*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)*