

.....,

[miejsowość], [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. 67zg ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
(Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, 1675 i 1692).

.....

[podpis]