

*Załącznik nr 3 do
Regulaminu
Funduszu Zdrowotnego*

.....
nazwisko i imię członka Komisji Zdrowotnej

.....
miejsowość

Oświadczenie

Oświadczam, że znane są mi przepisy o ochronie danych osobowych i zobowiązuję się do przestrzegania ich postanowień oraz zachowania tajemnicy wszystkich danych, do których miałem/am dostęp w związku z pracami w Komisji Zdrowotnej

.....
miejsowość, data

.....
podpis