

..... , *dnia*
miejsowość *data*

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(a) , legitymujący(a) się dowodem
(imię i nazwisko)
osobistym/lub innym dokumentem tożsamości* wydanym przez
(seria nr)
..... , niniejszym oświadczam, że posiadam pełną zdolność do
czynności prawnych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów
rejestracji osób posiadających certyfikat zdania egzaminu w dziedzinie ochrony radiologicznej
pacjenta , zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o *ochronie danych osobowych* (Dz. U.
z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.)

podpis

niepotrzebne skreślić