

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż wywiązałem/am się z obowiązku informacyjnego i osoby uczestniczące w kontroli zapoznały się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w związku z prowadzoną kontrolą jakości przesiewowych badań cytologicznych.

(miejsowość, data)

(czytelny podpis Dyrektora)