

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż wszystkie dane przekazane w celu uzupełnienia protokołów kontrolnych są prawdziwe i odzwierciedlają stan faktyczny oraz 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 badań przesiewowych w Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy.

(miejscowość, data)

(czytelny podpis Dyrektora)