

OŚWIADCZENIE

KATOWICE dnia

1. Imię i Nazwisko

2. Adres zamieszkania

3. Numer prawa wykonywania zawodu

4. Telefon kontaktowy

5. Numer rachunku bankowego na który należy przekazać zwrot wydatkowanych
środków

Ja niżej podpisany oświadczam, że wiedzę pozyskaną na konferencji naukowej, zjazdach,
sympozjach, kongresach i innych zdarzeniach medycznych w dniu na temat:

.....

.....
będę dzielił się z Koleżankami i Kolegami Lekarzami.

Data i podpis lekarza

Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych dostępne są pod linkiem:
<https://izba-lekarska.org.pl/images/dokumenty/klauzula-informacyjna-program-10-plus.docx>
lub w siedzibie Administratora.