

SZKOŁA PODSTAWOWA Nr 167
02-945 Warszawa, ul. Św. Bonifacego 81
tel./fax: 22 651 52 49
NIP: 5213311525; REGON: 015842836

Załącznik nr 5

Członek Komisji Zdrowotnej

.....
Imię i nazwisko

.....
Nazwa placówki

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(łam) dostęp w związku z pracami Komisji Zdrowotnej.

Warszawa, dnia

.....
/ podpis /