

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na udostępnienie przez Lubelską Izbę Lekarską, mieszczącą się przy ul. Chmielnej 4, 20-079 Lublin zawartych w tabeli (lub wykazie punktowym) i oświadczeniu danych osobowych do Naczelnej Izby Lekarskiej, mieszczącej się przy ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa, w celu udzielenia pomocy w uzyskaniu od Ministerstwa Zdrowia wsparcia finansowego dla rodzin lekarzy zmarłych na COVID-19 .

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis