……………………………………………………………………… Łódź, ……………………. 2022r.

**Imię i nazwisko**

……………………………………………….…………………….

………………………………………………………………………

**Adres zamieszkania**

**OŚWIADCZENIE**

**W SPRAWIE WYRAŻENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisana/y, ………………………………………………………………………………..………………., numer pesel ……………………………………………………, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. A oraz art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia wniosku, przyznania oraz wypłacenia nagrody ministra właściwego do spraw zdrowia.

 …….………..……………………………………………….

 Czytelny podpis