miejscowość, data

……………………..

Nazwa Firmy, adres…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku na potrzeby przeprowadzenia akredytacji placówki fizjoterapeutycznej.

Podpis

……………………….