



Deklaracja Współpracy z AOTMiT nad taryfikacją świadczeń

imię i nazwisko:	
tytuł naukowy:	
dziedzina specjalizacji:	
miejsce zatrudnienia (nazwa instytucji / organizacji):	
adres do korespondencji:	
telefon:	
e-mail:	

.....
data i czytelny podpis

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji w celu nawiązania przez Agencję współpracy w zakresie prac nad taryfikacją świadczeń, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 poz. 922).*

.....
czytelny podpis

*- wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych jest warunkiem przyjęcia przez AOTMiT niniejszej deklaracji

