

Ełk, dnia.....

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a.....oświadczam,
iż jestem mieszkańcem Gminy Ełk*.

** /Osoba, która złoży fałszywe zeznanie, zobowiązana będzie do zapłaty za nienależne świadczenie/.*

Ponadto, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do realizacji świadczeń zdrowotnych oraz badań diagnostycznych w Ełckim Centrum Zdrowia EłkMed s. c., ul. Mickiewicza 40, 19-300 Ełk na podstawie umowy zawartej z Gminą Ełk, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

.....
(podpis)