Informacja
Niniejsze oświadczenie jest dobrowolne i ma na celu uzyskanie zgody na publikację w internecie fotografii członka samorządu. Zgoda taka może być w każdej chwili cofnięta. Więcej informacji znajduje się w serwisie internetowym Naczelnej Izby Lekarskiej (www.nil.org.pl) w części dotyczącej rejestrów.
Podpis należy złożyć w obecności pracownika OIL, który ma prawo poprosić o dokument tożsamości.

O ś w i a d c z e n i e

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na opublikowanie w serwisie internetowym Naczelnej Izby Lekarskiej (www.nil.org.pl), łącznie z innymi już zamieszczonymi danymi dotyczącymi mojej osoby, mojego zdjęcia

☐ **pochodzącego z moich dokumentów przechowywanych w Okręgowym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów**

☐ **prześlę zdjęcie pocztą elektroniczną**

……..…….	☐☐☐☐☐☐☐	……..…….
imię i nazwisko	nr pwz	data i podpis

……	…….
data	**podpis**