**Załącznik nr 2 do regulaminu przyznawania środków finansowych  
z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli,  
emerytowanych nauczycieli i rencistów ZPSM im. W. Kilara w Katowicach**

**OŚWIADCZENIE  
członka komisji do spraw Funduszu Zdrowotnego  
do przyjmowania i opiniowania wniosków**

Ja niżej podpisana/podpisany\* oświadczam iż zobowiązuję się do zachowania tajemnicy danych osób ubiegających się o pomoc zdrowotną oraz do nieujawniania spraw zdrowotnych, losowych i materialnych wnioskodawców, omawianych na posiedzeniu.

………………………………………………………………………………………  
(podpis członka komisji)

\*niepotrzebne skreślić