

.....
(imię i nazwisko)

.....
(data i miejscowość)

.....
.....
.....
(adres)

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisan/a/y* , wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego oraz zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów CRR KRUS „Kresowiak” w Horyńcu-Zdroju.

.....
(podpis)

* Niepotrzebne skreślić