.....
Imię i nazwisko

.....
miejsce i data

OŚWIADCZENIE O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu z siedzibą przy ul. Warszawskiej 2, 52-114 Wrocław w ramach umowy zlecenie (zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. 2018 r. poz.1000,1669).

.....
podpis