

.....  
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 (zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 roku o Ochronie Danych Osobowych ( Dz. U. 2018 r. poz.1000,1669).

.....  
podpis