

.....
(imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie, przez Poddębickie Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Poddębicach, celem zamieszczenia na stronie internetowej szpitala informacji dotyczącej wyboru oferenta w postępowaniu konkursowym na **„Udzielanie świadczeń w zakresie pielęgniarstwa w Oddziale Rehabilitacyjnym, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izbą Przyjęć, Nocnej Świątecznej Pomocy Lekarskiej i Pielęgniarskiej (NPL), organizacja i koordynowanie pracy pielęgniarek oraz udzielanie świadczeń w Oddziale Urologii* PCZ sp. z o. o. w Poddębicach”**, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U z 2016 r., poz. 922).

.....
czytelny podpis