…………………….. Bychawa, dnia…………….…..……

 ……………………..

OŚWIADCZENIE

 Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w calach przeprowadzania postępowania konkursowego na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych SP ZOZ w Bychawie.

 …………………………………..

  *(data i podpis)*