…………………….. 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)*