

.....

Bychawa, dnia.....

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na stanowisko Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych SPZOZ w Bychawie.

.....

(data i podpis)