

.....

Bychawa, dnia.....

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na stanowisko Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa SP ZOZ w Bychawie.

.....

(data i podpis)