

.....

....., dnia.....

.....

## OŚWIADCZENIE

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

.....

*(data i podpis)*