…………………….. 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)*