…………………….. 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)*