…………………….. 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)*