

Miejscowość i data

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przekazanych przeze mnie dokumentach aplikacyjnych dla potrzeb niniejszego procesu rekrutacyjnego prowadzonego przez Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Katowicach.

.....
podpis