



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

MAŁOPOLSKA



Fundusze Europejskie
Program Regionalny

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer rejestru

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Udzielającego Zamówienia, tj. Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie SP ZOZ, moich danych osobowych dotyczących: imienia i nazwiska, adresu do korespondencji, tytułów naukowych, nr telefonu kontaktowego, dla potrzeb realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

.....
(nazwa Przyjmującego Zamówienie)

.....
(data i podpis Przyjmującego Zamówienie)

.....
Data

.....
Pospis i pieczęć