

.....  
(miejsowość i data)

## **OŚWIADCZENIE**

### **o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Oświadczam iż wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Udzielającego Zamówienie jakim jest Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie (SP ZOZ) moich danych osobowych dotyczących: imienia i nazwiska, adresu do korespondencji, tytułów naukowych, numeru telefonu stacjonarnego ewentualnie komórkowego, dla potrzeb realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych .

.....  
(nazwa Przyjmującego Zamówienie).

.....  
data i podpis Przyjmującego Zamówienie