

Warszawa, dnia
(Miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA
O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH
OSOBOWYCH DO CELÓW REKRUTACJI**

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury rekrutacji w Wojskowym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa SP ZOZ w Warszawie – zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)