



**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
w Tomaszowie Lubelskim**

ul. Aleje Grunwaldzkie 1, 22-600 Tomaszów Lubelski

tel: (0 84) 664-44-11, fax: (0 84) 664-25-21,

email: szpital@szpital-tomaszow.pl, www: <http://szpital-tomaszow.pl>

(miejsowość - data)

(imię i nazwisko)

(adres)

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA
o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych
osobowych do celów rekrutacji**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury rekrutacji w Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim – zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.).

(podpis składającego oświadczenie)