



Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu

www.obrzyce.eu
66-300 Międzyrzecz, ul. Poznańska 109
tel. 095/7428700, fax. 095/7428701
e-mail: sekretariat@obrzyce.eu
NIP: 596-15-22-446, REGON: 000290133

OŚWIADCZENIE KANDYDATA O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z § 12 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (tj. Dz.U. z 2021r. Poz. 430) jako kandydat na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu, niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach przeprowadzenia postępowania konkursowego na to stanowisko.

.....
.....
(miejsowość i data)

(podpis kandydata)

