

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dostarczonych przeze mnie dokumentach aplikacyjnych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim z siedzibą w 21-300 Radzyń Podlaski, ul. Wisznicka 111,

w celu realizacji procesu rekrutacji”

Jednocześnie oświadczam, że przed wyrażeniem powyższej zgody zostałem poinformowany o tym, że mam prawo w dowolnym momencie cofnąć powyższą zgodę.

.....
(miejsce i data)

.....
(czytelny podpis)

*„Ponadto, wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dostarczonych przeze mnie dokumentach aplikacyjnych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim z siedzibą w 21-300 Radzyń Podlaski, ul. Wisznicka 111, również **w celu realizacji przyszłych procesów rekrutacyjnych”.***

Jednocześnie oświadczam, że przed wyrażeniem powyższej zgody zostałem poinformowany o tym, że mam prawo w dowolnym momencie cofnąć powyższą zgodę.

.....
(miejsce i data)

.....
(czytelny podpis)