

.....
Imię i nazwisko

.....
miejsce i data

Ne telefonu:

OŚWIADCZENIE O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz dawców Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kaliszu, ul. Kaszubska 9, 62-800 Kalisz w ramach umowy zlecenia (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U. z 2019r. poz. 1781 z późn. zm.)