

**Zgoda osoby ubiegającej się o zatrudnienie  
na przetwarzanie danych osobowych  
w Specjalistycznym Centrum Medycznym im. św. Jana Pawła II S.A.**

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

- numeru telefonu \*  TAK  NIE
- adresu e-mail \*  TAK  NIE

w celu kontaktu ze mną przez Specjalistyczne Centrum Medyczne im. św. Jana Pawła II S.A. na potrzeby prowadzonego procesu rekrutacji na stanowisko

.....  
(data, czytelny podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie)

\*\*\*

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj.:

- zawartych w „Kwestionariuszu osobowym dla osoby ubiegającej się o zatrudnienie „\*  TAK  NIE
- numer telefonu \*  TAK  NIE
- adres e-mail \*  TAK  NIE

w celu wykorzystania ich w przyszłych rekrutacjach prowadzonych przez Specjalistyczne Centrum Medyczne im. św. Jana Pawła II S.A. przez okres 6 miesięcy od zakończenia bieżącej rekrutacji.

.....  
(data, czytelny podpis osoby ubiegającej się o zatrudnienie)

\*- proszę zaznaczyć odpowiednio  TAK lub  NIE

Wersja 5 z dn. 18-03-2019

---