

.....
/imię, nazwisko/

.....
/adres/

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam/em się z „Informacją dla osób świadczących usług na podstawie umów cywilnoprawnych” Specjalistycznego Centrum Medycznego im. św. Jana Pawła II spółka akcyjna.

.....

/podpis oferenta/

.....
/imię, nazwisko/

.....
/adres/

.....

ZGODA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowisko Pełnomocnika ds. analizy skarg.

.....

/podpis oferenta/