

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany.....  
oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych:  
imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu lekarza i  
specjalizacji, numeru telefonu stacjonarnego i komórkowego wyłącznie dla celów  
umowy, oraz imienia, nazwiska oraz miejscowości zamieszkania do celów  
konkursu.

.....

data

.....

podpis