

.....  
(imię i nazwisko kandydata/ki)

.....  
(miejsowość, data wypełnienia dokumentu)

## **OŚWIADCZENIE ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany(a), wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Szczecinie moich danych osobowych, o których mowa w art. 9 ust. 1 RODO, zawartych w dokumentach aplikacyjnych, w celu realizacji czynności niezbędnych dla przeprowadzenia obecnego postępowania rekrutacyjnego numer: .....

Cofnięcie zgody w powyższym zakresie może zostać dokonane w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Równocześnie oświadczam, że zapoznałem/łam się z załączoną do powyższego postępowania rekrutacyjnego klauzulą informacyjną.

.....  
(czytelny podpis kandydata/ki do pracy)