



....., dn.

(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE

Ja....., zamieszkały/a w

(imię i nazwisko)

(adres)

..... legitymujący/a się dowodem osobistym

....., wydanym przez

(seria i numer dowodu)

(organ wydający)

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie na realizację usługi polegającej na ocenie formalnej wniosków w ramach Programu Operacyjnego PL07 *Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych* dofinansowanego z Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009 – 2014 (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

.....

podpis Zleceniobiorcy