Słupsk, dnia ………………………

………………………..

Nazwisko , imię oferenta

……………………………

Adres zamieszkania

…………………………….

NIP

……………………………..

PESEL

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem/am się i przyjmuję do wiadomości treść ogłoszenia oraz szczegółowych warunków konkursu ofert na z-ce Dyrektora ds. lecznictwa w Stacji Pogotowia Ratunkowego w Słupsku (załącznik nr 2) z dnia 20 lutego 2024 r.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu przeprowadzenia konkursu ofert w nin. Postępowaniu zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

……………………

podpis oferenta