

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 udzielanie świadczeń medycznych na terenie działania Stacji Pogotowia Ratunkowego w Słupsku (załącznik nr 3) z dnia 30 kwietnia 2025 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).

W przypadku dostarczenia danych osobowych innych niż wymagane w ogłoszeniu oraz nie załączenia oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie tych danych osobowych, będą one komisyjnie zniszczone. Osoby ubiegające się o zatrudnienie mają prawo do dostępu do podanych dobrowolnie swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. Dokumenty aplikacyjne niespełniające wymogów formalnych oraz dokumenty, które wpłynęły po terminie będą przechowywane w Stacji Pogotowia Ratunkowego w Słupsku przez okres 3 miesięcy od dnia upowszechnienia informacji o wynikach naboru. Po tym terminie zostaną zniszczone.

.....

podpis oferenta