Załącznik 2 do ogłoszenia o konkursie na stanowisko Dyrektora ds. Medycznych w Poznaniu

......................................

(miejscowość i data)

**Oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowisko Dyrektora ds. Medycznych   
w Poznańskim Ośrodku Specjalistycznych Usług Medycznych w Poznaniu.

..........................................................................

własnoręczny podpis