***ZAŁĄCZNIK Nr 3 do REGULAMINU***

***przeprowadzania konkursu na stanowisko***

 ***Prezesa Zarządu Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie sp. z o.o.***

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany(a):

Imię, nazwisko: …………………………………………………………………………………

PESEL: …………………………………………………………………………………............

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
|  |
| Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów postępowania konkursowego na Prezesa Zarządu Szpitalnego Centrum Medycznego w Goleniowie sp. z o.o.   …………………………………………………….. *Podpis osoby składającej oświadczenie* |