



**SZPITAL  
SPECJALISTYCZNY**

IM. A. FALKIEWICZA WE WROCŁAWIU

“Dbamy o każde życie”

.....  
Miejscowość, data

.....  
Imię i Nazwisko

## OŚWIADCZENIE O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu z siedzibą przy ul. Warszawskiej 2, 52-114 Wrocław w ramach umowy (zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 roku o Ochronie Danych Osobowych ( Dz. U. 2018 r. poz.1000,1669).

.....  
Podpis



Szpital Specjalistyczny  
im. A. Falkiewicza we Wrocławiu  
ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław  
centrala: 71/37-74-100 | fax: 71/346-51-72



**DOLNY  
ŚLĄSK**