

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)
.....

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury rekrutacji w Wojewódzkim Inspektoracie Farmaceutycznym we Wrocławiu – zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz.883 z późn. zm).

.....
podpis (odręczny)