**Załącznik nr 3**

do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu lekarza i posiadanych specjalizacji, telefonu stacjonarnego i komórkowego wyłącznie dla celów realizacji tej umowy.

Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem zgodnie z warunkami konkursu.

………………………………………..

data i podpis Oferenta