

Załącznik nr 7 do szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla pacjentów SZW w Suwałkach

## OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko: .....

**Niniejszym oświadczam, że:**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych, dotyczących imienia i nazwiska, nr Pesel, PWZ, specjalizacji oraz innych wskazanych w przedłożonych dokumentach dla potrzeb realizacji umowy na udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach.

.....

(czytelny podpis)