Załącznik nr 1 do ogłoszenia o konkursie Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Ośrodka Terapii Uzależnień od Alkoholu w Szczecinie, ul. Ostrowska 7

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowisko zastępcy dyrektora SP ZOZ Ośrodka Terapii Uzależnień od Alkoholu w Szczecinie.

…....................................................................

(imię i nazwisko)

…....................................................................

(data i podpis)