Załącznik nr 3 do ogłoszenia o konkursie Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Ośrodka Terapii Uzależnień od Alkoholu w Szczecinie, ul. Ostrowska 7

**Oświadczenie**

Wyrażam/nie wyrażam\* zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu udostępnienia informacji publicznej.

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

(imię i nazwisko)

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

(data i podpis)

(\* niepotrzebne skreślić)