

.....
.....
.....
(dane i adres składającego oświadczenie)

.....
(data i miejscowość)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany(a), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z odbywaniem praktyk studenckich/staży medycznych/ wolontariatu w Szpitalu Miejskim w Gliwicach Sp. z o.o. na potrzeby realizacji praktyk/staży/wolontariatu.

Niniejszym oświadczam, że udzielam zgody dobrowolnie oraz, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

.....
(podpis)