

.....
(miejscowość i data)

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania / siedziba)

OŚWIADCZENIE

w sprawie wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisany/a*
zamieszkały/a*
legitymujący/a* się dowodem osobistym seria nr,
wydanym przez, wyrażam zgodę na
przetwarzanie moich danych osobowych w celu wyłonienia Wykonawcy na realizację
zadania pn.: ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA
DZIECI I MŁODZIEŻY Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI Z TERENU GMINY
ADAMÓWKA”.

.....
(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić