



**SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH
ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO
WARSZAWA PRAGA POŁUDNIE**

04-082 Warszawa, ul. Krypska 39

Dyrektor tel/fax 22 810-06-04
Centrala tel. 22 813-30-51, fax 22 810-11-63



.....
(Imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(Adres)

ZGODA

na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisany(a) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE) **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z odbywaniem stażu/praktyki** oraz wykonywanymi czynnościami na terenie placówek wchodzących w skład w struktury SZPZLO Warszawa Praga Południe z siedzibą przy ulicy Krypskiej 39, 04-082 Warszawa.

.....
Data

.....
Czytelny podpis