Załącznik nr 1 – oświadczenie

Człuchów, dnia .....

.....
Nazwisko i Imię oferenta

.....
Adres zamieszkania

.....
NIP

.....
PESEL

.....
Tel. kontaktowy

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem/am się i przyjmuję do wiadomości treść ogłoszenia oraz szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych przez ratowników medycznych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu konkursu ofert w nin. postępowaniu (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.).

.....
podpis oferenta