

.....
miejscowość i data

.....
(imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

*Niniejszym, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji umowy na sprzedaż wraz z dostawą materiałów biurowych / płyt CD-R * zawartych z Obwodem Lecznictwa Kolejowego SP ZOZ w Skarżysku - Kamiennej.*

.....
czytelny podpis

* niepotrzebne skreślić