

.....
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 opatrunkowych, środków do dezynfekcji, materiałów medycznych jednorazowego użytku, materiałów medycznych jednorazowego użytku – ginekologia, igieł i strzykawek, rękawiczek, środków do dezynfekcji ran i błon śluzowych , zawartej z Obwodem Lecznictwa Kolejowego SP ZOZ w Skarżysku - Kamiennej.*

.....
czytelny podpis

* niepotrzebne skreślić