

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DLA REKRUTUJĄCYCH

Czy zgadza się Pan/i na przetwarzanie swoich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym formularzu przez SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM W SZCZECINIE AL. POWSTAŃCÓW WIELKOPOLSKICJH 72, 70-111 SZCZECIN w celu:

1. udziału przez Panią/a w procesie obecnej rekrutacji

TAK       NIE

2. nawiązania z Panią/em kontaktu niezbędnego dla realizacji procesu rekrutacji

TAK       NIE

3. udziału przez Panią/a w obecnej i przyszłych rekrutacjach

TAK       NIE

4. na przetwarzanie Pani/a wizerunku w celu archiwalnym

TAK       NIE

### Informacja o prawie cofnięcia zgody

W każdej chwili przysługuje Pani/u prawo do wycofania zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie wcześniej udzielonej zgody przed jej wycofaniem.

.....  
Podpis osoby rekrutującej