



ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH OSÓB REKUTOWANYCH

Ja, niżej podpisana/ podpisany:

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

na przetwarzanie przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie z siedzibą przy al. Powstańców Wielkopolskich 72 (72-111 Szczecin) mojego adresu e-mail w celu przekazywania mi informacji na temat bieżącej rekrutacji

.....

(adres e-mail)

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

na przetwarzanie przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie z siedzibą przy al. Powstańców Wielkopolskich 72 (72-111 Szczecin) mojego numeru telefonu w celu przekazywania mi informacji na temat bieżącej rekrutacji

.....

(nr telefonu)

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w złożonym przeze podaniu przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie z siedzibą przy al. Powstańców Wielkopolskich 72 (72-111 Szczecin) mojego adresu e-mail w celu wzięcia przeze mnie udziału w przyszłych rekrutacjach.

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

na przetwarzanie przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie z siedzibą przy al. Powstańców Wielkopolskich 72 (72-111 Szczecin) mojego adresu e-mail w celu przekazywania mi informacji na temat przyszłych rekrutacji

.....

(adres e-mail)

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

na przetwarzanie przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie z siedzibą przy al. Powstańców Wielkopolskich 72 (72-111 Szczecin) mojego numeru telefonu w celu przekazywania mi informacji na temat przyszłych rekrutacji

.....

(nr telefonu)

.....
podpis osoby rekrutowanej

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.