

## Oświadczenie

### **o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych – Dyrektora Zakładu Karnego we Włodawie (adres: ul. Żołnierzy WiN 19, 22-200 Włodawa) w celu: przeprowadzenia konkursu ofert na udzielanie usług medycznych osobom pozbawionym wolności przebywającym w Zakładzie Karnym we Włodawie.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o:

1. celach przetwarzania moich danych,
2. sposobach ich przetwarzania,
3. prawie dostępu do treści swoich danych,
4. prawie ich poprawiania,
5. prawie wycofania niniejszego oświadczenia o wyrażeniu zgody.

Data i podpis:

.....