Załącznik nr 3

FKA.332.01.2018.AGS

...........................................................

...........................................................

...........................................................

Wykonawca (Imię, nazwisko, adres, pesel)

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku**

**ul. Wiatraczna 1**

**78-400 Szczecinek**

**OŚWIADCZENIE**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych osobowych: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku ul. Wiatraczna 1 reprezentowane przez Dyrektora Małgorzatę Kubiak - Horniatko;
 e-mail: pcprszczecinek@wp.pl , tel/fax: 094 71 37 101.

w celu przeprowadzenia rekrutacji na świadczenie usług informatycznych.

1. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne
z prawdą.
2. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej ( załacznik nr 4 ), w tym
z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

……………………………… ……………………………….

Miejscowość, data Podpis osoby składającej oświadczenie