„Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Warmińsko-Mazurskim Centrum Chorób Płuc w Olsztynie, ul. Jagiellońska 78, 10-357 Olsztyn, KRS 0000000456, NIP 739-29-54-808, REGON 000295739 moich danych osobowych zawartych w przekazanej dokumentacji konkursowej w celu niezbędnym dla przeprowadzenia konkursu ofert w zakresie ………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………., zgodnie z *Rozporządzeniem* Parlamentu Europejskiego i Rady (*UE*) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie *ochrony* osób fizycznych w związku z  przetwarzaniem *danych osobowych* i w sprawie swobodnego przepływu takich *danych* oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. ogólne *rozporządzenie o ochronie* danych osobowych, w skrócie RODO).