Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

………………………………………………………………..

(miejscowość i data)

Ja niżej podpisany/a ……………………………………………………………………………………………………. niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Porozumienie Łódzkie Łódzki Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia z siedzibą w Łodzi 90 – 302 przy ul. Wigury 9/6 dla realizacji celów (właściwe zaznaczyć):

* Statutowych
* Marketingowych
* Związanych z działalnością grupy zakupowej

Niniejszym potwierdzam przekazanie mi informacji o prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, a także o dobrowolności ich podania i wyrażenia zgody na przetwarzanie w zakresie określonym w niniejszym oświadczeniu.

…………………………………………..………………..

(podpis)