

Oświadczenie o posiadaniu zgód na przetwarzanie danych osobowych pracowników

Oświadczam, że wszystkie osoby podane w tabeli szczepień podpisały oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu.

Dane teleadresowe podmiotu, osoba do kontaktu:

.....
.....

.....

Data i podpis osoby reprezentującej podmiot