

\* Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu wykorzystania ich w kolejnych naborach prowadzonych przez Szpital Pediatryczny w Bielsku-Białej przez okres jednego miesiąca.

.....  
Imię i nazwisko

\* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w załączonych dokumentach - wymagane jeśli przekazane dane obejmują szczególne kategorie danych, o których mowa w art. 9 ust. 1 RODO.

.....  
Imię i nazwisko

\* *Proszę zaznaczyć krzyżykiem właściwe pole wyboru*