



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Koninie

62-510 Konin ul. Szymanowskiego 4
tel. 638901768; 798776362
NIP 665-24-80-822 Regon 311109236
www.konin.ptsr.org.pl e-mail:konin@ptsr.org.pl
Konto bankowe nr 35 2030 0045 1110 0000 0059 4570

Załącznik 3 do zapytania ofertowego

....., dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(dane adresowe Wykonawcy)

Dotyczy: zapytania ofertowego nr 1/2017 w ramach realizowanego projektu: „RAK 2017 REHABILITANT – ASYSTENT – KONSULTANT” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu zamówienia nr 1/2017 w ramach realizowanego projektu: „RAK 2017 REHABILITANT – ASYSTENT – KONSULTANT” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów procesu rekrutacji łącznie z możliwością publikacji wyników rekrutacji na stronie www oraz na wgląd w dokumentację dotyczącą wyżej wymienionego zamówienia przez Zamawiającego oraz przez organy kontrolujące projekt.

....., dnia

.....
podpis Wykonawcy