

**Polskie Towarzystwo
Stwardnienia Rozsianego**
Oddział w Koninie
ul. Noskowskiego 1A
62-510 Konin
tel. 798 496 177



Krok do formy ON II

Załącznik 3 do zapytania ofertowego

....., dnia.....

.....
dane adresowe Wykonawcy

Dotyczy: zapytania ofertowego nr 37/KDF-ONII/PFRON/2021
w ramach realizowanego projektu: *Krok do formy ON II*
współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu zamówienia nr 37/KDF-ONII/PFRON/2021 w ramach realizowanego projektu: *Krok do formy ON II* 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 internetowej oraz na wgląd w dokumentację dotyczącą wyżej wymienionego zamówienia przez Zamawiającego oraz przez organy kontrolujące projekt.

....., dnia

.....
podpis Wykonawcy