

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



## ***Holistyczna aktywność społeczna OzN***

Załącznik 3 do zapytania ofertowego

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

.....  
dane adresowe Wykonawcy

Dotyczy: zapytania ofertowego nr 15/HAS-OzN/PFRON/2023  
w ramach realizowanego projektu: *Holistyczna aktywność społeczna OzN*  
współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu zamówienia nr 15/HAS-OzN/PFRON/2023 w ramach realizowanego projektu: *Holistyczna aktywność społeczna OzN* 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