Nazwa Podmiotu Leczniczego ……………………………………………………………………………………………………..

Liczba zatrudnionych Pielęgniarki………….. ; Położne …………………………….

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Warszawską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury wyborczej w kadencji WOIPiP w latach 2019-2023 (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i Imię | Numer Prawa Wykonywania Zawodu | Podpis |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |