

SOUHLAS

se zpracováním osobních údajů

Souhlasím, aby Nemocnice Pardubického kraje, a.s. za účelem udělování stipendia studentům zpracovávala v souladu s NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679, mé osobní údaje poskytnuté mojí osobou, a to po celou dobu mého studia a dále pak po dobu mého závazku vůči společnosti Nemocnice Pardubického kraje.

V Pardubicích dne

.....
Příjmení, jméno a podpis žadatele

Souhlas zákonného zástupce žadatele (pokud je žadatel mladší 18-ti let)

.....
Podpis zákonného zástupce