



Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego GOPS 260.243/2020

KLAUZULA

Ja, niżej podpisany/a:
(imię i nazwisko)

Zamieszkały/a:.....
(adres zamieszkania)

PESEL:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w dokumentach aplikacyjnych przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Michałowice z siedzibą w Regułach przy ul. Al. Powstańców Warszawy 1, 05-816 Michałowice, w celu przeprowadzenia obecnego zapytania ofertowego.

.....
(miejscowość i data)

.....
(własnoręczny podpis Oferenta)