



Załącznik 3 do zapytania ofertowego

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

.....
dane adresowe Wykonawcy

Dotyczy: zapytania ofertowego nr 19/KDF-ON/PFRON/2020
w ramach realizowanego projektu: *Krok do formy ON*
współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu zamówienia nr 19/KDF-ON/PFRON/2020 w ramach realizowanego projektu: *Krok do formy ON* 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