

Klauzula informacyjna w Podaniu Rekrutacyjnym

Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wyższą Szkołę Medyczną w Białymstoku, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), do celu realizacji toku kształcenia.

Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku, ul. Krakowska 9, 15-875 Białystok, tel. 085-7499430, 085-7499440, e-mail: biuro@wsmed.pl

miejsowość i data

podpis

Wyrażam zgodę na przesyłanie przez Wyższą Szkołę Medyczną w Białymstoku informacji handlowych drogą elektroniczną, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.) o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

miejsowość i data

podpis