

## ZGODA NA WYKORZYSTYWANIE NUMERU TELEFONU

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu przez administratora danych tj. Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Końskich, reprezentowany przez Przewodniczącą w celu nawiązania kontaktu w dotyczących mnie rozpatrywanych sprawach. Oświadczam, że mam świadomość, iż podanie danych jest dobrowolne oraz że zgoda może być cofnięta w każdym czasie. Nr telefonu: .....

..... (data, czytelnie imię i nazwisko)