**Załącznik nr 3**

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Polityką Ochrony Danych Osobowych obowiązującą   
w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej

**......................................... ....................................................**

**(miejscowość i data) (pieczątka i podpis**

**Przyjmującego zamówienie)**