

Załącznik nr 2

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/-y, niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Naukową Fundację Polpharmy z siedzibą w Warszawie („Fundacja”) podanych przeze mnie danych osobowych (w tym imion, nazwiska, daty urodzenia, adresu e-mail) w celach związanych z organizowanym przez Fundację programem „*Medical School of Your Future*”.

Zapoznałam/-em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania moich danych osobowych przez Fundację zamieszczonymi w Regulaminie Programu.

data i czytelny podpis