

## Adatkezelés nyilatkozat

Aláírással kijelentem, hogy a MOK BTSZ-hez benyújtott pályázatommal kapcsolatban alább feltüntetett személyes adataim kezeléséhez, **mint érintett önkéntesen hozzájárulok**

Tudomásul veszem, hogy

- a pályázatommal kapcsolatban keletkezett adatokat a MOK BTSZ csak a pályázat elbírálása, valamint a képzési díj megfizetése céljából kezeli,
- az adatkezelés során kérhetem adataim kijavítását, módosítását és törlését.

Engedélyezem, hogy adataim a MOK BTSZ a képzőhelyhez továbbítsa.

Személyes adataim:

név

személyi igazolványban szereplővel egyező:

orvosként viselt:

email cím:

országos orvosi nyilvántartási szám:

Budapest, 2024.

aláírás

Tanúk:

Aláírással igazoljuk, hogy ezt a nyilatkozatot, fent megnevezett személy, akit személyesen ismerünk, előttünk, mint tanúk előtt írta alá.

név	cím	aláírás