**SOUHLAS**

**se zpracováním osobních údajů**

Souhlasím, aby Nemocnice Pardubického kraje, a.s. za účelem udělování stipendia studentům zpracovávala v souladu s NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679, mé osobní údaje poskytnuté mojí osobou, a to po celou dobu mého studia a dále pak po dobu mého závazku vůči společnosti Nemocnice Pardubického kraje.

V Pardubicích dne

……………………………………..

 Příjmení, jméno a podpis žadatele