Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb przyszłych rekrutacji.

Przyjmuję do wiadomości, że mogę w dowolnym momencie wycofać zgodę bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wycofać zgodę mogę w każdej pisemnej formie np. wysyłając informacje w tej sprawie na adres Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, ul. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok lub elektronicznie na adres mailowy Inspektora Ochrony Danych: iod@umb.edu.pl

………………………..

 podpis