

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość i data)

O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym oświadczam, że jako członek Komisji Socjalnej Starostwa Powiatowego w Lubaczowie zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych Uprawnionych do korzystania z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, które będę przetwarzał/a w imieniu.....
w celu przyznawania/ustalania wysokości świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.

.....
(data i podpis)