


**Informacja w sprawie pracownika biura\* lub społecznego współpracownika\* przewidziana przepisami art. 23 ust. 4a ustawy z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora.**

Imię i nazwisko senatora	AGNIESZKA MARIA KOZŁOZ-LESZCZYŃSKA
Imię (imiona) i nazwisko pracownika biura* (społecznego współpracownika*)	MATEUSZ ROSIAK
Data urodzenia pracownika biura* (społecznego współpracownika*)	12.12.1986 L.
Miejsce zatrudnienia pracownika (społecznego współpracownika) w trzyletnim okresie poprzedzającym dzień, w którym osoba została pracownikiem biura* albo społecznym współpracownikiem*	SKLEP MEDYCZNY - PRACOWNIA ORTOPEDYCZNA Mateusz Rosiak al. Wyzwolenia 19, 58-300 Wałbrzych NIP 8862833073 REGON 021731670 tel. 604 164 658
Źródła dochodów w trzyletnim okresie poprzedzającym dzień, w którym osoba została pracownikiem biura* albo społecznym współpracownikiem*	jednoosobowa działalność gospodarcza
Informacja o wykonywanej działalności gospodarczej w trzyletnim okresie poprzedzającym dzień, w którym osoba została pracownikiem biura* albo społecznym współpracownikiem*	od 2015r. jednoosobowa działalność gospodarcza

30.09.2021.   
.....  
(data i podpis senatora)

**KANCELARIA SENATU  
BIURO SPRAW SENATORSKICH**  
wpłynęła dn. 28.10.2021  
nr RPW..... zał. ....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, zgodnie z załączoną Informacją (RODO), podanych przez siebie swoich danych osobowych, przez biuro senatora.

30.09.2021. ....  
.....  
(data i podpis pracownika biura\* (społecznego współpracownika\*))

Załącznik: Informacja RODO

\* niepotrzebne skreślić