Załącznik nr 4 *do szczegółowych warunków konkursu ofert z dnia 14.12.2021. r.*

……

(nazwa Oferenta)

.....

(miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE

o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam iż wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Udzielającego Zamówienie jakim jest Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie moich danych osobowych dotyczących: imienia i nazwiska, adresu do korespondencji, tytułów naukowych, numeru telefonu stacjonarnego ewentualnie komórkowego zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach, dla potrzeb realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych - zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1)

…….....

data i podpis Oferenta