Załącznik nr 2

do szczegółowych warunków konkursu ofert

z dnia 10.01.2018 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 Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza 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 Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. 2016 r., poz. 922 ze zm.).

data i podpis Oferenta