Załącznik nr 2

do szczegółowych warunków konkursu ofert

z dnia 16.01.2020 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, siedziby wykonawcy, tytułów naukowych, telefonu stacjonarnego bądź telefonu komórkowego zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach, dla potrzeb realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych – zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz.U. z 2019 poz. 1781)

data i podpis Oferenta