Załącznik nr 2

do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

z dnia 07.09.2022 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 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych ( Dz.U. z 2019 r. poz.1781 z późn. zm.)

………………………………………………..

data i podpis Oferenta