

.....
(nazwa Oferenta)

.....
(miejsowość 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 Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. 2016, poz. 922 ze zm.)

.....
data i podpis Oferenta