Załącznik nr 5 do SWZ

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych**

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilniemoich danych osobowych i informacji zawartych w mojej ofercie  
w celu uczestnictwa w przetargu/konkursie, realizowanym przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie.

Oświadczam, że:

a) Mam świadomość, iż Administratorem moich danych osobowych jestSamodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie a podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne i odbywa się na podstawie uczestniczenia w ofertowaniu własnych usług. Jest też niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez Administratora w zakresie działań przetargowych/konkursowych i w zakresie informacyjnym;

b) Zostałem poinformowany o prawie wglądu do moich danych osobowychprzetwarzanych przez ww. podmiot, o prawie do żądania ich uzupełnienia, uaktualnienia, ograniczenia przetwarzania, a także usunięcia;

c) Jestem świadomy tego, że przetwarzanie powyższych danych osobowych jest niezbędne   
i konieczne do prawidłowego działania w zakresie prowadzonego przetargu/konkursu;

d) Przetwarzanie danych będzie odbywać się przez okres nie dłuższy niż do osiągnięcie celu, jakim jest wybór wykonawcy;

e) Zostałem poinformowany, że odbiorcami moich danych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie;

f) Zostałem poinformowany o prawie do wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.