Załącznik nr 7 do SIWZ

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody**

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Szpital Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie moich danych osobowych i informacji zawartych w mojej ofercie w celu uczestnictwa   
w przetargu/konkursie, realizowanym przez Szpital Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie.

Oświadczam, że:

1. Mam świadomość, iż Administratorem moich danych osobowych jest Szpital Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie 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;
2. Zostałem poinformowany o prawie wglądu do moich danych osobowych przetwarzanych przez ww. podmiot, o prawie do żądania ich uzupełnienia, uaktualnienia, ograniczenia przetwarzania, a także usunięcia;
3. Jestem świadomy tego, że przetwarzanie powyższych danych osobowych jest niezbędne i konieczne do prawidłowego działania w zakresie prowadzonego przetargu/konkursu;
4. Przetwarzanie danych będzie odbywać się przez okres nie dłuższy niż do osiągnięcie celu, jakim jest wybór wykonawcy;
5. Zostałem poinformowany, że odbiorcami moich danych jest Szpital Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie;
6. Zostałem poinformowany o prawie do wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.