Załącznik nr 2

do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO)

z dnia 20.01.2025 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 póz. zm.)

………………………………………………..

data i podpis Oferenta