**Załącznik Nr 2a**

..........................................................

/Imię i nazwisko/

..........................................................

/dokładny adres/

..........................................................

 **Powiatowy Zespół Szpitali**

**ul. Armii Krajowej 1**

**56-400 Oleśnica**

**OŚWIADCZENIE**

Mając na uwadze treść Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2018 poz. 2690 z późn. zm.) w Powiatowym Zespole Szpitali w Oleśnicy, niniejszym oświadczam, że w przypadku zawarcia przez Udzielającego zamówienia umowy, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu dla celów realizacji tej umowy, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. 2019 r., poz. 1781) i rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”).

.............................................................

 Data i podpis