

Załącznik nr 10 do SWKO

W związku ze złożeniem oferty w konkursie ofert „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii i histopatologii wykonywanych dla SP ZOZ MSWiA w Opolu oraz najmu pomieszczeń laboratorium” oraz w razie zawarcia umowy z SP ZOZ MSWiA w Opolu w powyższym zakresie wyrażam zgodę na przetwarzanie pozyskanych przez Zakład danych.

Przyjmuję do wiadomości:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu, ul. Krakowska 44, 45-075 Opole, tel.: 77 401 11 00, mail: sekretariat@spzozmswia.opole.pl;
2. Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych: iod@spzozmswia.opole.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu **zawarcia umowy** na podstawie **wyrażenia zgody**.
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres **5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zakończono postępowanie o udzielenie zamówienia**, a w przypadku zawarcia umowy przez okres **10 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym umowa została zakończona**.
5. Przysługuje mi **prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz ich sprostowania**.
6. Przysługuje mi **prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych**.
7. Podanie przeze mnie danych osobowych jest **warunkiem zawarcia umowy**. Jestem zobowiązana/ny do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych jest **brak możliwości zawarcia umowy**.

.....
Data i podpis Wykonawcy