



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM MIEŚCIE NAD PILICĄ



Klauzula informacyjna – konkursie na świadczenia medyczne

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Ogólnego o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (dalej RODO) informujemy, że

- 1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Nowym Mieście nad Pilicą, ul. Tomaszowska 43 , 26-420 Nowe Miasto nad Pilicą, tel. 48 67-43-800, email szpital@zoz-nowemiasto.net; Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pana/Pani danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem konkursowym.
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej, pod adresem: iod@zoz-nowemiasto.net
- 3) Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielenie świadczeń medycznych objętych postępowaniem konkursowym
- 4) Dane będą przetwarzane na podstawie Pani/Pana wyrażonej i dobrowolnej zgody w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz art. 6 ust. 1 lit. b oraz RODO oraz art. 6 ust. 1 lit. c RODO, czyli obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, wynikającego z:
 - a) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 5) Odbiorcami danych osobowych będą osoby biorące udział w obsłudze oraz przeprowadzeniu konkursu.
- 6) Zebrane dane będą przetwarzane nie dłużej niż jest to niezbędne do realizacji ww. celu przetwarzania, tj. do dnia nawiązania stosunku pracy albo zawarcia umowy cywilnoprawnej z kandydatem wybranym w drodze konkursu.
- 7) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale jest wymogiem ustawowym.
- 8) Przysługuje Pani/ Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 9) Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi na przetwarzanie danych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 10) Pana/Pani dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu.

.....
data i podpis kandydata



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM MIEŚCIE NAD PILICĄ



ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej aplikacji przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Nowym Mieście nad Pilicą, ul. Tomaszowska 43 , 26-420 Nowe Miasto nad Pilicą na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego na świadczenie usług medycznych.

.....
data i podpis kandydata