**Załącznik nr 5 do SIWZ**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**dotyczące przetwarzania danych osobowych w związku z prowadzeniem postępowania przetargowego**

Mając na uwadze zapisy Ogólnych Warunków Zamówienia, t.j.:

1. Strony wszelkie dane osobowe pozyskane od siebie w związku z prowadzeniem postępowania przetargowego w SWZ przetwarzały będą wyłącznie na jej potrzeby oraz chroniły je będą przed dostępem osób nieupoważnionych, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych - z dniem 25 maja 2018 r. zgodnie z 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).
2. W związku z udostępnianiem sobie wzajemnie przez Strony danych osobowych, Strony zamieszczają postanowienia określające jego zakres oraz wymagane informacje:
3. Dane osobowe osób wskazanych do kontaktów reprezentujących każdą ze Stron wymienionych udostępniane będą drugiej Stronie, która stanie się administratorem danych osobowych, i przetwarzane będą przez nią w celu przeprowadzenia postępowania ofertowego (prawnie usprawiedliwiony interes administratora jako podstawa prawna przetwarzania)
4. Oferent w związku z przygotowaną ofertą udostępnia dla MCZ S.A. następujące dane, kategoria osób danych osobowych: pełnomocników do zaciągania zobowiązań reprezentantów firmy, informacje potwierdzajace zdolność do pracy oraz kwalifikacje i uprawnienia osób wskazanych do realizacji zadania.

Firma / nazwa podmiotu – proszę wpisać nazwę / zobowiązuje się i oświadcza, że poinformuje osoby, których dane są wymienione w składanej ofercie o fakcie udostępnienia ich dla “Miedziowego Centrum Zdrowia” S.A. oraz do zebrania podpisanych oświadczeń o poniższej treści od tych osób.

Data i podpis oferenta

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

OŚWIADCZENIE OSOBY KTÓREJ DANE DOTYCZĄ

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a):

1. w momencie przekazania przez / nazwa podmiotu – proszę wpisać nazwę / moich danych osobowych do „MIEDZIOWEGO CENTRUM ZDROWIA” S.A. z siedzibą przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 66 59-301 Lubin, wyżej wymieniona spółka stanie się administratorem moich danych osobowych (dalej jako ADO);
2. ADO powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym mogę skontaktować się za pomocą e‑maila p.pelczarski@pws-kancelaria.pl
3. moje dane osobowe w postaci: imię i nazwisko, adres email, nr tel., uprawnienia zawodowe, pełnomocnictwo do zaciągania zobowiązań,

………………………………………………………………………………………………………

/jeśli zostały przekazane inne dane proszę uzupełnić/

zostały przekazane ADO przez wskazany powyżej podmiot;

1. moje dane osobowe będą przetwarzane przez ADO w następujących celach   
   i w oparciu o następujące podstawy prawne:

|  |  |
| --- | --- |
| Cel przetwarzania danych | Podstawa prawna przetwarzania danych |
| Przeprowadzenia postępowania przetargowego | Uprawniony cel Miedziowe Centrum Zdrowia S.A. |

1. Moje dane osobowe będą ujawniane:
2. pracownikom/współpracownikom ADO upoważnionym do ich przetwarzania na polecenie ADO;
3. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich tj. spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
4. Moje dane będą przechowywane przez ADO przez następujący okres: do zakończenia procesu zakupowego i dla potrzeb archiwizacji
5. Przysługuje mi prawo dostępu do moich danych oraz ich sprostowania, gdy są one nieprawidłowe;
6. W przypadkach określonych przepisami prawa przysługuje mi prawo do żądania usunięcia danych, żądania ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. W sprawie realizacji praw mogę kontaktować się z inspektorem ochrony danych wskazanym w pkt 2 powyżej.
7. Wobec mojej osoby nie będą podejmowane zautomatyzowane decyzje (decyzje bez udziału człowieka), w tym moje dane nie będą podlegały profilowaniu;
8. Przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli przy przetwarzaniu moich danych osobowych ADO narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych.

Przyjmuje do wiadomości również, że:

1. Z przyczyn związanych z moją szczególną sytuacją przysługuje mi prawo do wniesienia sprzeciwu w przypadku, gdy podstawą przetwarzania danych przez ADO jest:
   1. niezbędność przetwarzania do wykonania zadania realizowanego w interesie

publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej

administratorowi danych (art. 6 ust. 1 lit. e RODO[[1]](#footnote-1));

* 1. uzasadniony interes prawny ADO (art. 6 ust. 1 lit f RODO).

…………………………………………………………………

Data i czytelny podpis osoby której dane dotyczą

UWAGA:

Ww. oświadczenie wypełnia i podpisuje każda osoba, której dane osobowe zostały wskazane w ofercie.

1. rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE [↑](#footnote-ref-1)