***Dotyczy postępowania pn.:***

**Zakup i dostawa skanerów służących do digitalizacji papierowej dokumentacji medycznej dla potrzeb Szpitala „MCZ” S.A.**

**OŚWIADCZENIE OSOBY KTÓREJ DANE DOTYCZĄ**

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

1. w momencie przekazania przez: …………………………………………………………………………………………

**/ nazwa i adres Wykonawcy/**

**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**);

1. ADO powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym mogę skontaktować się za pomocą e‑maila dostępny na stronie internetowej [www.mcz.pl](http://www.mcz.pl)
2. moje dane osobowe w postaci: **imię i nazwisko, adres emil, nr tel., uprawnienia zawodowe, pełnomocnictwo do zaciągania zobowiązań, …………\***

**\*- UWAGA: ww. dane należy zweryfikować/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 wobec przetwarzania moich danych osobowych, w tym profilowania w przypadku, gdy podstawą przetwarzania danych przez ADO jest:
2. 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));
3. uzasadniony interes prawny ADO (art. 6 ust. 1 lit f RODO).

…………………………………………………………………………………………..

Data i czytelny podpis osoby której dane dotyczą lub kwalifikowany podpis elektroniczny

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)