



**Załącznik Nr 7  
do Zapytania ofertowego**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie złożonej w odpowiedzi na zapytanie ofertowe na dostawę/sprzedaż środków ochrony osobistej oraz środków do dezynfekcji - zapytania ofertowego nr 38/2020/OLSZ przez Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o. o. w Krakowie w ramach projektu pod tytułem

**„Dzienny Dom Opieki Medycznej w CMP Sp. z o. o.”**

**w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 Oś priorytetowa 9. Region spójny społecznie, Działanie 9.2. Poddziałanie 9.2.1, z Europejskiego Funduszu Społecznego**

**Nr projektu: RPMP.09.02.01-12-0006/18**

Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że wyrażenie zgody jest dobrowolne oraz że mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie, a wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej wycofaniem,

.....  
(czytelny podpis)