



Załącznik Nr 8  
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 świadczenie usług zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu - zapytania ofertowego nr 13/2021/REH** przez Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o. o. w Krakowie w ramach projektu pod tytułem „*Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp. z o.o.*” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020 8 Oś Priorytetowa Rynek pracy, Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej, Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,  
Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18-00

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)