

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 nr 40/2021/OLSZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego** 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,współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.*

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)