**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

KONKURS OFERT NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE NEONATOLOGII W KLINICE NEONATOLOGII, PATOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA I/LUB KLINICE INTENSYWNEJ TERAPII I WAD WRODZONYCH NOWORODKÓW I NIEMOWLĄT I PODODDZIAŁACH NOWORODKÓW PRZY KLINIKACH POŁOŻNICZYCH I/LUB W ZAKRESIE GENETYKI WPORADNI GENETYCZNEJ W INSTYTUCIE „CENTRUM ZDROWIA MATKI POLKI”

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja, niżej podpisana/podpisany………………………………………………………………….

w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt a Rozporządzenia 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 Dz.U.UE.L.2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi.

Jednocześnie oświadczam, że znana jest mi treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych.

Podpis ………………………………..