**Załącznik nr 9**

…………………………

 *Pieczęć Oferenta*

…………………………………….

*Dane osoby wyrażającej zgodę (czytelne)*

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/na wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów przeprowadzenia postępowania konkursowego na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej pn.: Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021 w zakresie zadania pn. odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez utworzenie sieci banków mleka kobiecego w roku 2018, zgodnie z przepisami 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. Urz. UE. L 119 z 04.05.2016).

|  |
| --- |
| ………………………………………………. |
| Data i/lub imienna pieczęć, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę |