**Załącznik nr 12**

…………………………

 *Pieczęć Oferenta*

…………………………………….

*Dane osoby wyrażającej zgodę (czytelne)*

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/na wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów przeprowadzenia konkursu na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej pn.: *Krajowy program zmniejszania umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc poprzez tworzenie sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej na lata 2016-2019* w zakresie zadania pn. wyposażenie sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (sNWM) w aparaturę i sprzęt medyczny w roku 2018 oraz realizacja programu rehabilitacji pneumonologicznej w warunkach domowych dla chorych na POChP po leczeniu zaostrzenia za pomocą nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w szpitalu w roku 2018, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 ).

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