**Załącznik nr 7**

…………………………

*Pieczęć Oferenta*

…………………………………….

*Dane osoby wyrażającej zgodę (czytelne)*

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/podpisana\* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów przeprowadzenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn.: „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020” – w zakresie zadań na rok 2018.

Oświadczam, że zostałem/zostałam\* również poinformowany/poinformowana\*, o tym, że moje dane osobowe będą przetwarzane na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1) – RODO, w celu udziału w postępowaniu konkursowym oraz - w przypadku wyłonienia jako realizatora – w celu późniejszej realizacji Programu przez:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

*(nazwa Oferenta)*

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

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/zostałam\* poinformowany/poinformowana\*, że:

* administratorem danych osobowych jest Minister Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa,
* z Inspektorem Ochrony Danych w Ministerstwie Zdrowia mogę skontaktować się poprzez adres e-mail: iod@mz.gov.pl,
* moje dane osobowe przetwarzane będą w celu udziału w postępowaniu konkursowym oraz późniejszej realizacji Programu*.* Podstawą prawną przetwarzania moich danych są przepisy art. 6 RODO, w szczególności wyrażenie przez mnie zgody, konieczność wykonania umowy oraz wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze.
* odbiorcą moich danych osobowych będą pracownicy Ministerstwa Zdrowia,
* moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej,
* moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zakończenia realizacji Programu,
* posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
* mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO.

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

\* *Niepotrzebne skreślić*