**Załącznik nr 7**

…………………………

*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 realizatora programu polityki zdrowotnej pn.: „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020” – w zakresie zadań na rok 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 |