**Załącznik nr 5 KO/2/2025/UM BAD DIAG**

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH   
|– dotyczy przedstawicieli podmiotów leczniczych**

Ja, niżej podpisana/- y……………………………………………………………….

w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Wojskową Specjalistyczną Przychodnię Lekarska SP ZOZ w Rzeszowie (WSPL SP ZOZ w Rzeszowie) konkursach 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, dalej również „RODO”) oświadczam, że osoba/y wyznaczone do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem wyraziła/-y zgodę na przetwarzanie i udostępnianie swoich danych osobowych przez WSPL SP ZOZ w Rzeszowie oraz jednocześnie oświadczam, że wyznaczone osoby do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem zostaną zapoznane się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych.

…………………………………  
data, podpis