**Załącznik nr 12**

…………………………

 Pieczęć Oferenta

…………………………………….

Imię i nazwisko osoby wyrażającej zgodę

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/na wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów przeprowadzenia postępowania konkursowego 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 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, miejscowość oraz czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę |