**Załącznik nr 10**

…………………………

*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.: Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021 w zakresie zadania pn. odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez utworzenie sieci banków mleka kobiecego 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 |