**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Kielcach im. św. Jana Pawła II moich danych osobowych w zakresie: imienia i nazwiska w celu realizacji umowy.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Kielcach im. św. Jana Pawła II, ul. Wojska Polskiego 51, 25-375 Kielce, tel.: (41) 260 42 00, email:zoz@zozmswiakielce.pl;
2. Inspektorem ochrony danych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Kielcach im. św. Jana Pawła II jest Pan Leon Zięba e-mail: iod@ zozmswiakielce.pl, nr.tel. 412604266;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy , na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez czas obowiązywania umowy oraz po jej zakończeniu przez okres 6 lat.
5. Posiada Pani/Pan:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO.
1. Nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
1. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
2. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obowiązkowe i niezbędne do wykonania umowy.

 …………………………………….

 (data i podpis)