**ZP-19/2024 Załącznik nr 6 do SWZ**

W związku ze złożeniem oferty w postępowaniu „Świadczenie usług transportu sanitarnego dla SP ZOZ MSWiA w Opolu” oraz w razie zawarcia umowy z SP ZOZ MSWiA w Opolu   
w powyższym zakresie wyrażam zgodę na przetwarzanie pozyskanych przez Zakład danych.

Przyjmuję do wiadomości:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu,** **ul. Krakowska 44, 45-075 Opole,   
tel.: 77 401 11 00, mail: sekretariat@spzozmswia.opole.pl;**

1. Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych: [**iod@spzozmswia.opole.pl**](mailto:iod@spzozmswia.opole.pl).
2. Dane osobowe będą przetwarzane w celu **zawarcia umowy** na podstawie **wyrażenia zgody.**
3. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres **5 lat licząc od końca roku kalendarzowego**, **w którym zakończono postępowanie o udzielenie zamówienia,** a w przypadku zawarcia umowy przez okres **10 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym umowa została zakończona.**
4. Przysługuje mi **prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz ich sprostowania**.
5. Przysługuje mi **prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych**.
6. Podanie przeze mnie danych osobowych jest **warunkiem zawarcia umowy**. Jestem zobowiązana/ny do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych jest **brak możliwości zawarcia umowy**.

………………………………………………………

Data i podpis Wykonawcy