

**Załącznik nr 3**  
do Szczegółowych warunków konkursu ofert

.....  
Imię i nazwisko

.....  
adres

.....

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
we Wrocławiu  
ul. Kamińskiego 73a  
51-124 Wrocław

**OŚWIADCZENIE**

Mając na uwadze treść Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2018 r. poz. 160 ze zm.) w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu, niniejszym oświadczam, że w przypadku zawarcia przez Udzielającego zamówienia umowy z Oferentem, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów realizacji tej umowy, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016r., poz. 922 z zm.)

.....  
data, pieczętka i podpis