**Załącznik nr 2**

**Klauzula obowiązku informacyjnego dla oferentów biorących udział w postepowaniu konkursowym do wykonywania czynności medycznych na podstawie umów cywilnoprawnych
w WSPR SP ZOZ w Suwałkach**

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest WSPR SP ZOZ w Suwałkach, ul. Mickiewicza 11, 16-400 Suwałki , tel. (87) 566 22 68, email: sekretariat@wsprsuw.pl
2. Kontakt do Inspektora Danych Osobowych e-mail: iod@wsprsuw.pl
3. Dane są zbierane w celu ich przetwarzania wobec osób biorących udział w postepowaniu konkursowym do wykonywania czynności medycznych w WSPR SP ZOZ w Suwałkach na podstawie umowy cywilnoprawnej.
4. Pozyskiwanie danych wynika z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora tj. art. 6 pkt.1 ust a-b, f 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.
5. Dane mogą być przekazywane następującym odbiorcom:
6. Narodowy Fundusz Zdrowia,
7. Podmiotom upoważnionym na podstawie umów powierzenia przetwarzania danych,
8. Wszelkie inne podmioty jeżeli obowiązek ich przekazania wynika z obowiązujących przepisów prawa.
9. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa. Przysługuje Panu/Pani prawo do żądania od administratora dostępu do własnych danych ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu do przetwarzania danych.
10. Wspomniane prawa można zrealizować w sekretariacie WSPR SP ZOZ w Suwałkach, ul. Mickiewicza 11, 16-400 Suwałki.
11. Przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
12. Dane wprowadzone do systemu informatycznego nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie będą poddawane profilowaniu.
13. Administrator danych dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.

 Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej

 ……..………………………………….…………………………

 (data i podpis)