**Załącznik nr 4 do SWKO**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE RODO**

Ja niżej podpisany(a), działając w imieniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (dalej: **Wykonawca**), oświadczam, że Wykonawca przekazał osobom, których dane osobowe zawarte zostały w ofercie złożonej przez Wykonawcę SPZOZ Uniwersyteckiej Klinice Stomatologicznej w Krakowie (ul. Montelupich 4, 31-155 Kraków – dalej: **Zamawiający**) w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia protetycznego dla pacjentów SP ZOZ Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej w Krakowie”, informację o przekazaniu powyższych danych Zamawiającemu, jak też, że Wykonawca wykonał wobec ww. osób, w imieniu Zamawiającego, obowiązek informacyjny, o którym mowa w art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) [2016/679](about:blank) 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](about:blank) (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016, [str. 1](about:blank), z późn. zm).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy