…… Międzyrzec Podlaski, ……...…
……
……
……
(imię, nazwisko, adres, nr telefonu)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postępowaniu konkursowym na świadczenia zdrowotne realizowane dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Międzyrzecu Podlaskim, reprezentowanego przez Dyrektora Zakładu, z siedzibą w Międzyrzecu Podlaskim (21-560) przy ul. Warszawskiej 2-4. Celem przetwarzania danych jest przeprowadzenie postępowania konkursowego. Podanie danych jest dobrowolne. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda. Odbiorcami danych mogą być podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa. Mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie. Dane osobowe będą przetwarzane do czasu zakończenia postępowania konkursowego lub odwołania zgody, a po takim odwołaniu, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących administratorowi danych i w stosunku do niego. Mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. Moje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany. Podanie danych osobowych jest warunkiem przeprowadzenia postępowania konkursowego. W przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail iod@spzozmc.pl

……

(czytelny podpis)