## KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA KANDYDATA DO ZAWARCIA UMOWY NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

## W ZWIĄZKU Z MOŻLIWOŚCIĄ REALIZACJI TYCH ŚWIADCZEŃ ZWIĄZANĄ Z LECZENIEM MAŁOLETNICH

1. **Dane kandydata**
2. Imię pierwsze i nazwisko ................................................................................................................
3. PESEL, o ile został nadany………………………………………………………………………..
4. Nazwisko rodowe ………………………………………………………………………………....
5. Imię ojca ……………………………………………………………………………………….…
6. Imię matki………………………………………………………………………………………...
7. Data urodzenia ...............................................................................................................................

............................. ............................................................

(miejscowość i data) (podpis kandydata)

1. **Klauzula informacyjna**

Podanie dodatkowych danych osobowych wykazanych w części I niniejszego kwestionariusza wynika z przepisów szczególnych.\*

* Podstawa prawna: § 14 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 lipca 2017 roku w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika (Dz. U. z 2017 roku poz. 1561) w związku z art. 12 ust. 6 ustawy z dnia 13 maja 2016 roku o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz. U. 2018 roku poz. 405 z późn. zm.)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE z 2016 Nr 119 poz. 1), (dalej RODO), informujemy że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego przy ul. Wawel 15 w Sosnowcu.
2. Inspektorem ochrony danych w Zakładzie Lecznictwa Ambulatoryjnego jest Pan Sergiusz Kunert, e-mail: iod24@agileo.it
3. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO (zgody) oraz na podstawie wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w celu sprawdzenia czy Pani/Pana dane zostały zgromadzone w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym.
4. Odbiorcami danych będą osoby upoważnione, podmioty przetwarzające z którymi zostały zawarte umowy powierzenia oraz podmioty upoważnione z przepisu prawa.
5. Pani/Pan ma prawo do żądania dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Dane osobowe przechowywane będą do czasu cofnięcia zgody na etapie przeprowadzania konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych oraz w przypadku zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, przez okres jej trwania i 10 lat po jej zakończeniu.
7. Podanie danych osobowych jest wymogiem wynikającym z obowiązujących przepisów prawa. Jest Pani/Pan zobowiązana do ich podania, a  konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

Oświadczam, iż zapoznałem/zapoznałam się z klauzulą informacyjną.

............................. ............................................................

(miejscowość i data) (podpis kandydata)