……………………… ...............................................

(Nazwa i adres oferenta ) (miejscowość, data)

 **Spec. Psych. ZOZ w Łodzi**

 **ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź**

 (nazwa i adres Udzielającego zamówienia)

  **OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na udostępnienie i przetwarzanie danych osobowych dla celów przeprowadzanego konkursu o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne oraz wyrażam zgodę na ujawnienie danych osobowych do publicznej informacji w przypadku wygrania konkursu.

 ……………………………………………….

 ( podpis oferenta)