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

(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)