

Lubartów, dn. ....r.

**Administrator Danych  
Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
w Lubartowie  
ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów**

**\*ZGODA / WYCOFANIE ZGODY  
na przetwarzanie danych osobowych**

zgodnie z art 7 ust. 3 rozp. PE i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L119 z 4.5.2016) osoba, której dane dotyczą ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem

**\*\*Na zasadzie art. 6 ust. 1 lit. a rozp. PE i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L119 z 4.5.2016), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niewymaganych kryteriami konkursu ofert przeprowadzonego na podstawie art. 26, 26a i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 991), przekazanych wraz z ofertą na: udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej przez neurologopedę/logopedę w Poradni Logopedycznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie.**

.....  
(podpis)

**\*\*Na zasadzie art 7 ust. 3 rozp. PE i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L119 z 4.5.2016) wycofuję zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niewymaganych kryteriami konkursu ofert przeprowadzonego na podstawie art. 26, 26a, 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 991), przekazanych wraz z ofertą na: udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej przez neurologopedę/logopedę w Poradni Logopedycznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie.**

.....  
(podpis)

**\*niepotrzebne skreślić**  
**\*\* podpisać właściwe**