**Załącznik nr 3 – oświadczenie o wypełnieniu obowiązków informacyjnych (RODO)**

**Udzielający zamówienia:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

………………..

………………..

……………….

(nazwa i adres oferenta)

Na potrzeby **konkursu ofert dotyczącym wyboru placówek medycznych do współpracy w ramach realizacji projektu** pn. „Kardioonkologia - program prewencji niewydolności serca u pacjentów onkologicznych realizowany przez Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego*” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie umowy o dofinansowanie nr RPWP.06.06.01-30-0004/18-02,**oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne w niniejszym konkursie ofert.**

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

**Data i podpis Przyjmującego zamówienie**