#### Załącznik nr 7 – oświadczenie o wypełnieniu obowiązków informacyjny (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 postępowania o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie badań laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji i sekcji zwłok, prowadzonego pod numerem sprawy - 1/2021/EO/,**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**