**KLAUZULA ZGODY DLA OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO KONKURSU NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów
z siedzibą w Poznaniu, 60-569 ul. Szamarzewskiego 62, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) dla potrzeb przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że dane podane w dokumentach aplikacyjnych są zgodne z prawdą. Jestem świadoma(-y) iż zgodnie z przepisami Ustawy
z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dane dotyczące rozstrzygnięcia konkursu takiej jak imię, nazwisko, adres oraz pełna nazwa i adres praktyki lekarskiej będą wywieszone na tablicach ogłoszeń, publikowane na stronie internetowej.

Zapoznałam(-em) się z treścią klauzuli obowiązku informacyjnego umieszczonej na stronie internetowej [www.wcpit.pl](http://www.wcpit.pl), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostęp do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. Ponadto Administrator poinformował mnie, że niniejsza zgoda może być wycofana w każdym czasie, przy czym wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

…………………………………………

 (data i czytelny podpis)