Kościan, dnia ..................................................

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

 imię i nazwisko, nazwa przedsiębiorcy

……………………………………………………

……………………………………………………

**KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH**

**PRZEDSIĘBIORCY**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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, informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych Przedsiębiorcy jest Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie, ul. Szpitalna 7, 64-000 Kościan, NIP 6981578284, REGON 411051999, reprezentowany przez dyrektora.
2. Przedsiębiorca w każdej chwili skontaktować z naszym inspektorem ochrony danych którym jest **Dawid Kaźmierczak,** e-mail: **d.kaźmierczak@szpital.koscian.pl****, tel. 065 512 08 55 wew. 212;**
3. Dane osobowe Przedsiębiorcy będą przetwarzane na podstawie jego zgody (art.6 ust.1 lit. a) 2 rozporządzenia 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).
4. Dane osobowe Przedsiębiorcy będą przetwarzane przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie przez cały okres trwania umowy cywilnoprawnej (m.in. zlecenia, o dzieło, o świadczenie usług) oraz po jej ustaniu zgodnie z obowiązującymi przepisami: podatkowymi, ubezpieczeniowymi, z zakresu prawa cywilnego oraz ochrony zdrowia.
5. Przedsiębiorca posiada prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu a także prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie – o ile nie jest to sprzeczne z obowiązującymi przepisami, o których mowa w ust 4.
6. Przedsiębiorcy przysługuje również prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uzna, że przetwarzanie jego danych dokonywane jest z naruszeniem przepisów ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

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

 podpis osoby składającej klauzule