**Załącznik nr 3   
do Szczegółowych Warunków Konkursu**

**OŚWIADCZENIE \***

Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu lekarza i specjalizacji, telefonu stacjonarnego i komórkowego wyłącznie dla celów realizacji tej umowy.

Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Powiatowym im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem zgodnie z warunkami konkursu i na podstawie zatwierdzonego przez Udzielającego zamówienie harmonogramu.

Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu nie udzielam innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Szpitalu.

………………………………………..

data i podpis Oferenta