**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Na podstawie art. 6 ust 1 pkt. a, art. 13 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku ze zgłoszeniem do „sprawowania opieki stomatologicznej nad dziećmi szkół w Świętochłowicach”

**Zostałem poinformowany, że:**

1. Administratorem Danych zgromadzonych w zakresie realizacji wskazanego celu jest:

Prezydent Miasta Świętochłowice, Urząd Miejski w Świętochłowicach, ul. Katowicka 54.

2. Administrator Danych powołał Inspektora Ochrony Danych Panią Izabelę Grzondziel,   
do którego kontakt to: [iod@swietochlowice.pl](mailto:iod@swietochlowice.pl)

3. Dane osób wskazanych w formularzu zgłoszeniowym są przetwarzane w celu rozpatrzenia ofert na „sprawowanie opieki stomatologicznej nad uczniami szkół   
w Świętochłowicach”, udostępniane będą w zakresie związanym z przeprowadzeniem procedury zawarcia porozumienia , a w przypadku wyboru oferty i zawarcia porozumienia podane dane będą także udostępnianie w zakresie związanym z realizacją porozumienia.

4. Zgromadzone przez Administratora Danych dane mogą być udostępniane innym podmiotom posiadającym podstawę prawną do ich przetwarzania w tym: Sądom i Komornikom.

5. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego

6. Moje dane osobowe będą przetwarzane do czasu zakończenia celu realizacji oraz ewentualnych roszczeń a następnie zostaną trwale usunięte przez Administratora Danych.

7. W oparciu o zgromadzone dane nie będzie wykonywane profilowanie.

**Oświadczam, że zostałam/ -em poinformowany o przysługujących mi prawach do:**

1. Dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do kopiowania i przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu,

2. Wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących mnie narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

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

Data i podpis