**Nazwa firmy…………**

**Adres…………………**

**Miejscowość…………… data……….**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczamy, że wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych w celu realizacji umowy dotyczącej przeglądu okresowego wraz z badaniem bezpieczeństwa elektrycznego oraz wymianę części eksploatacyjnych napędu motorowego Trauma Recon System zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z 29.08.1997 r. (Dz. U. 2015 r poz. 2135 z dnia 16.12.2015 r. ze zmianami)

Na podstawie art. 24 ust. 1 ww ustawy), przyjmujemy do wiadomości że:

• Administratorem naszych danych osobowych jest 4 WSK z P SP ZOZ we Wrocławiu z siedzibą przy ul. R. Weigla 5 50-981 Wrocław;

• Nasze dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji przeglądu okresowego wraz z badaniem bezpieczeństwa elektrycznego oraz wymianę części eksploatacyjnych napędu motorowego Trauma Recon System przez 4 WSKzP SPZOZ,

• Będziemy mieli prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania;

• Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne dla zapewnienia właściwej realizacji w/w celu.

Podpis………………………..