Znak sprawy: ZSSz.261.1.2024

Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA KONTRAHENTÓW**

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Zespół Szkół Szpitalnych w Szczecinie.
Z Administratorem można skontaktować się listownie: ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin,
e-mailowo: zsszp@miasto.szczecin.pl oraz telefonicznie: +48 91 88 06 228
2. Z Inspektorem Ochrony Danych można skontaktować się e-mailowo: iod@spnt.pl oraz telefonicznie: +48 91 85 22 093.
3. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie:
	1. art. 6 ust. 1 lit. b RODO w celu zawarcia i realizacji umów;
	2. art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu wykonania obowiązku prawnego wynikającego z ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych, ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r.
	o gospodarce nieruchomościami, zarządzenia nr 657/20 Prezydenta Miasta Szczecin z dnia 28 grudnia 2020 r. w sprawie zasad wykonywania w Urzędzie Miasta Szczecin
	i jednostkach organizacyjnych Gminy Miasto Szczecin ustawy Prawo zamówień publicznych oraz Regulaminu Pracy Komisji Przetargowej Urzędu Miasta Szczecin.
4. Odbiorcami danych są upoważnieni pracownicy Administratora, podmioty, którym należy udostępnić dane osobowe w celu wykonania obowiązku prawnego, a także podmioty, którym dane zostaną powierzone do zrealizowania celów przetwarzania.
5. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres obowiązywania umowy lub do czasu wygaśnięcia wzajemnych roszczeń wynikających z zawartej umowy.
6. Posiadają Państwo prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
7. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uznają Państwo, iż przetwarzanie przez Administratora Państwa danych osobowych narusza przepisy dot. ochrony danych osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest przez Państwa dobrowolne, ale konieczne do zawarcia i realizacji umowy. Odmowa podania danych może skutkować niemożliwością zawarcia i realizacji umowy.

 *potwierdzam zapoznanie się*

 *…………………………………..*

 data i podpis upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy