|  |
| --- |
| **KLAUZULA INFORMACYJNA****DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA W ŚWIĘTOKRZYSKIM ODDZIALE WOJEWÓDZKIM NFZ DANYCH OSOBOWYCH PRACOWNIKÓW KONTRAHENTA W ZWIĄZKU Z ZAWARCIEM I REALIZACJĄ UMOWY (Pzp)** (17) |

|  |
| --- |
| Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2Rozporządzenia 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) (dalej: RODO)*,* podajemy następujące informacje: **● ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH**Narodowy Fundusz Zdrowia, reprezentowany przez Dyrektora Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, w zakresie danych osobowych przetwarzanych w oddziale wojewódzkim, z którym mogą się Państwo skontaktować w następujący sposób: ▪ listownie na adres siedziby administratora: **25-025 Kielcach, przy ul. Jana Pawła II nr 9**;▪ za pomocą platformy ePUAP;▪ e-mailem: biuro@nfz-kielce.pl;**● INSPEKTOR OCHRONY DANYCH****W sprawach dotyczących przetwarzania Państwa danych przez Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych w następujący sposób:****▪ listownie na adres siedziby administratora: 25-025 Kielcach, przy ul. Jana Pawła II nr 9**;**▪ telefonicznie: 413646263;****▪ e-mailem:** IOD@nfz-kielce.pl**;****● CEL I PODSTAWY PRZETWARZANIA**Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO w celu zapewnienia prawnie uzasadnionego interesu administratora polegającego na możliwości realizacji umowy zawartej w wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na ……………………. w siedzibie Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (nr postępowania: ……………………..), prowadzonego zgodnie z ustawą z dnia 29.01.2004 r prawo zamówień publicznych [(dalej:„Pzp”)](http://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytcmzyhezta) oraz zapewnieniu ochrony informacji udostępnionych w związku z wykonywaniem umowy. **● ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH**Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być podmioty posiadające upoważnienie do pozyskiwania tych danych na postawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego. Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom, z którymi administrator danych osobowych zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych. Administrator danych osobowych nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego.**● ŹRÓDŁO I KATEGORIE DANYCH OSOBOWYCH**Administrator pozyskał Państwa dane osobowe w zakresie *…………………………..(wpisać kategorie danych)* od …………………… z siedzibą w ………………..… przy ul. ………………..……,**● OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH**Państwa dane osobowe będą przechowywane do chwili realizacji zadania, do którego zostały zebrane oraz przez czas niezbędny do obrony roszczeń, a także przez czas wynikający z przepisów ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. **● PRAWA OSÓB, KTÓRYCH DANE DOTYCZĄ**W odniesieniu do danych przetwarzanych we wskazanym celu osobie, której dane dotyczą przysługuje:▪ prawo dostępu do treści swoich danych; ▪ prawo do sprostowania danych;▪ prawo do ograniczenia przetwarzania;▪ prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;▪ prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.Każde z w/w żądań zostanie indywidualnie rozpatrzone, zgodnie z RODO.**● INFORMACJA O WYMOGU PODANIA DANYCH**Podanie przez Państwa danych osobowych jest niezbędne dla realizacji postanowień umowy, zawartej w wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.**●** **INFORMACJA W ZAKRESIE ZAUTOMATYZOWANEGO PODEJMOWANIA DECYZJI ORAZ PROFILOWANIA** Państwa dane nie posłużą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji jak również profilowania. |

…………………………………………

*(imię i nazwisko)*

…………………………………………

*(nazwa Wykonawcy, adres siedziby)*

**OŚWIADCZENIE**

**o zobowiązaniu do zachowania poufności**

**dla pracownika Wykonawcy**

Ja niżej podpisany, reprezentujący Wykonawcę podczas realizacji umowy nr …………… w siedzibie Świętokrzyskiego OW NFZ w Kielcach, z uwagi na udostępnianie Informacji Poufnych, zobowiązuje się do:

1. zachowania w tajemnicy wszystkich Informacji Poufnych uzyskanych podczas realizacji umowy, przedmiotem której jest ***………………………………………………..****,* w okresie realizacji zamówienia, a także po wygaśnięciu lub rozwiązaniu umowy, niezależnie od formy w jakiej zostały mi przekazane;
2. wykorzystywania Informacji Poufnych uzyskanych podczas realizacji umowy wyłącznie w celu realizacji umowy.

…………………………………….. ……………………………..

*miejscowość, data czytelny podpis*