|  |
| --- |
| **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](mailto: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*