Додаток 6

*до тендерної документації*

Уповноваженій особі

КНП «Ізяславська МБЛ»

**ЛИСТ-ЗГОДА**

**на обробку персональних даних**

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 р. № 2297-VI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування Учасника)

в особі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(персональні дані представника Учасника відповідно до умов тендерної документації)

даю згоду на обробку, використання, поширення та доступ до моїх персональних даних (у тому числі паспортні дані, ідентифікаційний код, свідоцтво платника податків, банківські реквізити, розрахункові рахунки, номери телефонів, електронні адреси або інша необхідна інформація, передбачена законодавством), які передбачено Законом України «Про публічні закупівлі» та іншими нормами чинного законодавства, відомостей, які надаються для забезпечення участі у процедурі відкритих торгів з особливостями за предметом закупівлі «ДК 021:2015 код 33600000-6 Фармацевтична продукція (Лікарські засоби (різні))», цивільно-правових та господарських відносин.

Підтверджую отримання інформації про володільця персональних даних – Комунальне некомерційне підприємство «Ізяславська міська багатопрофільна лікарня» Ізяславської міської ради (замовника торгів), що забезпечує їх обробку з метою формування досьє учасника торгів за предметом «ДК 021:2015 код 33600000-6 Фармацевтична продукція (Лікарські засоби (різні))», склад та зміст зібраних персональних даних; гарантій, що мої персональні дані не передаватимуться третім особам; свої права, визначені Законом України «Про захист персональних даних».

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 р.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Посада, прізвище, ініціали, підпис уповноваженої особи Учасника***

***з відтиском печатки Учасника*** *(у разі її використання)*