Załącznik nr 3

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z przystąpieniem do Projektu pn.„Wzrost jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia poprzez wsparcie Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej”, KSI: POKL.02.03.03-00-011/14-00, oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż.:

* 1. administratorem moich danych osobowych jest Minister Infrastruktury i Rozwoju pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
	2. podstawą przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. 2014 poz.1182 ) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
	3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Wzrost jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia poprzez wsparcie Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL);
	4. moje dane zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwo Zdrowia z siedzibą przy ul. Miodowej 15, 00-952 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt – Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą przy ul. Grójeckiej 186, 02-390 Warszawa oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu.

Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej PO KL, Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta badania ewaluacyjne w ramach PO KL oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej PO KL lub Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach PO KL;

* 1. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna
	z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
	2. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU |