Załącznik nr 4

Informacje o Zamawiającym i osoby upoważnione do reprezentowania Zamawiającego

**Dane Zamawiającego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dane zarejestrowane:** | **Dane poprawne (korekta)** |
| Nazwa jednostki: | Szpital Powiatowy w Zawierciu  |  |
| Adres: | ul. Miodowa 14; 42-400 Zawiercie |  |
| Główny adres e-mail Zamawiającego\*: |  |  |
| Akceptacja dostarczania informacji dotyczących pakietu Oprogramowania Aplikacyjnego na w/w adres e-mail (TAK/NIE): |  |  |
| Nr telefonu: |  |  |
| Nr faksu: |  |  |
| NIP | 649-191-82-93 |  |
| REGON | 276271110 |  |
| Wpis do KRS prowadzonego przez: | 0000126179 |  |
| KRS |  |  |
| Adres WWW: |  |  |
| Identyfikator Zamawiającego w systemie zgłoszeń: (przydziela administrator systemu obsługi zgłoszeń) |  |  |

**Osoby upoważnione do administrowania użytkownikami CHD ze Strony Zamawiającego i/lub osoby upoważnione do reprezentowania Zamawiającego przy zawieraniu umów handlowych oraz umów powierzenia przetwarzania danych osobowych związanych z nabywaniem produktów Wykonawcy.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TYTUL** | **IMIONA** | **NAZWISKO** | **STANOWISKO** | **TELEFON** | **E\_MAIL** | **REPREZ\_I\_ODO** | **ADM\_CHD** | **KOD\_OSOBY** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Legenda:

e-mail -indywidualny służbowy adres pracownika,

Reprez \_I\_ODO - osoba uprawniona do reprezentowania Zamawiającego przy zawieraniu umów handlowych i umów powierzenia przetwarzania danych osobowych (wartości: TAK/NIE),

Adm\_CHD - osoba uprawniona do administrowania w imieniu Zamawiającego użytkownikami CHD uprawnionymi do rejestrowania zgłoszeń, koordynowania obsługi zgłoszeń i udostępniania baz danych dla systemów dostarczanych przez Wykonawcę (wartości: TAK/NIE),

Kod\_Osoby - identyfikator przydzielany przez administratora systemu obsługi zgłoszeń – przydziela Wykonawca.

**Uwaga ! Ważne !**

Bardzo prosimy o podanie indywidualnych służbowych adresów e-mail dla każdego pracownika zaangażowanego w przesyłanie zgłoszeń.

Maksymalnie można wskazać 2 osoby REPREZ\_i\_ODO

Maksymalnie można wskazać 2 osoby ADM\_CHD.

W przypadku zmian na liście osób upoważnionych do reprezentowania Klienta i/lub osób upoważnionych REPREZ\_i\_ODO oraz ADM\_CHD, Zamawiający ma obowiązek poinformować Wykonawcę poprzez przesłanie zaktualizowanego załącznika nr 3.

\* Główny adres e-mail Zamawiającego – adres, na który przesyłane są informacje dotyczące Oprogramowania Aplikacyjnego

\*\* .

Zamawiający wyraża zgodę na przetwarzanie podanego powyżej Głównego adresu e-mail Zamawiającego przez ................................................(dane Wykonawcy) w celach marketingowych,
w tym również w celu marketingu bezpośredniego oraz na doręczanie korespondencji za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 18 lipca 2002 r.
o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

Powyższa zgoda może być wycofana przez Zamawiającego w każdym czasie, w sposób wolny od opłat.

**Zamawiający: Wykonawca:**