

## ZAPYTANIE OFERTOWE

### I. ZAMAWIAJĄCY

Gmina Lipnica Murowana

Lipnica Murowana 44

32-724 Lipnica Murowana

w imieniu której działa:

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej

siedziba: Lipnica Dolna 25, 32-724 Lipnica Murowana

### II. INFORMACJE OGÓLNE

1. Zapytanie ofertowe nie przekracza kwoty 130 000 złotych i zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 1605 z późn. zm.) nie podlega jej przepisom.
2. Zapytanie ofertowe podlega przepisom Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. z 2016r. Nr 119, str. 1) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 1781).
3. Ilekroć w Zapytaniu ofertowym użyto zwrotu: „Zamawiający” ☒ należy przez to rozumieć Gminę Lipnica Murowana, w imieniu której działa Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej.
4. Ilekroć w Zapytaniu ofertowym użyto zwrotu: „Wykonawca” ☒ należy przez to rozumieć: osobę fizyczną, osobę prawną albo jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, która ubiega się o udzielenie zamówienia, złożyła ofertę lub zawarła umowę w sprawie zamówienia.
5. Ofertę sporządza się w języku polskim i składa pod rygorem nieważności w formie pisemnej.
6. Treść oferty musi odpowiadać treści Zapytania ofertowego.
7. Złożenie oferty niezgodnej z obowiązującym prawem lub Zapytaniem ofertowym

spowoduje odrzucenie oferty.

8. Osobą uprawnioną do bezpośredniego kontaktowania się z Wykonawcami jest Kierownik GOPS Monika Słowińska (tel. 146852350) lub starszy specjalista pracy socjalnej Mariusz Dudziak (tel. 146852330).

### III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest **świadczenie usług opieki wytchnieniowej** na rzecz członka rodziny lub opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad:
  - a) dzieckiem do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności i/lub
  - b) osobą niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności- w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.
2. Usługi w ramach przedmiotowego zamówienia polegają na czasowym odciążeniu członków rodzin lub opiekunów osób niepełnosprawnych od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki, zapewnieniu czasu na odpoczynek i regenerację poprzez wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa.
3. Miejsca świadczenia poszczególnych usług będą wskazane po zawarciu umowy z Wykonawcą na podstawie uzyskanego przez Zamawiającego zgłoszenia od członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej, przy czym wizyty stanowiące przedmiot zamówienia będą odbywać się w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej **na terenie Gminy Lipnica Murowana**.
4. Maksymalna długość nieprzerwanego świadczenia usług opieki wytchnieniowej wynosi 12 godzin dla jednej osoby z niepełnosprawnością. Usługi mogą być świadczone w godzinach od 6:00 do 22:00.
5. Usługi będą świadczone **w wymiarze i zakresie czasowym ustalonym indywidualnie dla beneficjenta Programu**.
6. Godzina świadczenia usług opieki wytchnieniowej wynosi 60 minut.
7. Możliwa jest sytuacja, w której w danym okresie czasu nie będą świadczone usługi przez Wykonawcę z uwagi na brak zainteresowania i/lub potrzeb osób skorzystaniem z usługi opieki wytchnieniowej.
8. Zapłata wynagrodzenia Wykonawcy będzie następowała w oparciu o liczbę godzin świadczonych usług w ramach wykonywania przedmiotowego zamówienia w danym

miesiącu, zgodnie z potwierdzonym harmonogramem wykonania usług, zawartym w **Karcie realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego** 7 edycja 2024

#### **IV. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

01.07.2024r. 7 31.12.2024r.

Termin realizacji zadania może ulec zmianie i zależy jest od podpisania aneksu do umowy z Wojewodą Małopolskim w sprawie realizacji zadania w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego 7 edycja 2024.

#### **V. KWALIFIKACJE OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ:**

1. Usługi opieki wytchnieniowej mogą być świadczone przez osoby, które:
  - a) posiadają dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta, lub
  - b) posiadają co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, lub
  - c) zostaną wskazane przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego 7 edycja 2024.
9. Osoby świadczące usługi opieki wytchnieniowej powinny również wykazywać dyspozycyjność, przygotowanie do pracy w terenie, posiadać umiejętność dobrej organizacji pracy indywidualnej w miejscu zamieszkania osób niepełnosprawnych.

#### **VI. WYMAGANA DOKUMENTACJA:**


1. Oferta na świadczenie usług opieki wytchnieniowej;
2. Dokumenty potwierdzające wykształcenie;
3. Inne dodatkowe dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje i umiejętności;
4. Dokumenty potwierdzające ukończone szkolenia, kursy oraz potwierdzające staż i doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy, opieki, wsparcia osobom z niepełnosprawnością (również w formie wolontariatu);
5. Życiorys (CV);
6. Referencje z dotychczasowych miejsc pracy (w przypadku ich posiadania);

7. Oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych i korzystaniu w pełni z praw publicznych oraz o niekaralności za przestępstwa popełnione umyślnie;
8. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. z 2016r. Nr 119, str. 1).
9. Klauzula informacyjna w sprawie przetwarzania danych osobowych
10. Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego [ ] edycja 2024 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.
11. **W przypadku, gdy usługi opieki wytchnieniowej będą świadczone dla członków rodziny lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, w odniesieniu do osób, które mają świadczyć usługi opieki wytchnieniowej, wymagane są także:**
  - a) **zaświadczenie o niekaralności;**
  - b) **informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;**
  - c) **pisemna akceptacja osoby, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.**



## **VII. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferta powinna być sporządzona na formularzu ofertowym, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego.
2. Zaoferowana cena jednostkowa musi być wyrażona jako **cena brutto** w polskich złotych. Ceny należy podać w pełnych złotych.
3. Rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą będą prowadzone na podstawie rachunku wystawionego przez Wykonawcę. Rozliczenie nastąpi w oparciu o faktycznie zrealizowany i sprawdzony zakres przedmiotu zamówienia na podstawie zaoferowanej ceny oraz karty realizacji usług opieki wytchnieniowej.
4. Godzina usługi jest godziną zegarową liczoną jako faktycznie przepracowany czas w domu Beneficjenta, bez czasu dojazdu lub dojścia do jego miejsca zamieszkania.

## VIII. SPOSÓB I TERMIN ZŁOŻENIA OFERTY

1. Oferta musi spełniać wszystkie wymagania określone w niniejszym zapytaniu ofertowym.
2. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem platformy ePUAP: na adres „gopslipnica” (podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym), Poczty Polskiej, firmy kurierskiej lub też dostarczona osobiście na adres: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej, Lipnica Dolna 25, 32 -724 Lipnica Murowana **do dnia 21.06.2024r.** Decyduje data wpływu do siedziby Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej.
3. W przypadku składania oferty w siedzibie zamawiającego lub pocztą  na kopercie należy umieścić napis: **„Oferta na świadczenie usług opieki wytchnieniowej”**.
4. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane i nie będą zwracane do kierującego ofertę.

## IX. KRYTERIA WYBORU OFERTY

2. Cena brutto jednej godziny zegarowej świadczenia usług opieki wytchnieniowej  50%.
3. Kwalifikacje oraz doświadczenie zawodowe oferenta  50%.

## X. OCENA OFERT

1. Ocena ofert zostanie dokonana po ich otrzymaniu od oferentów a wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostaną obwieszczone na tablicy ogłoszeń w siedzibie Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej.
2. Oceny złożonych ofert dokona komisja rekrutacyjna powołana przez Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej. Z posiedzenia komisji zostanie sporządzony stosowny protokół.
3. W toku badania i oceny ofert, Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
4. Od rozstrzygnięcia niniejszego zapytania ofertowego (wyboru oferty) nie przysługuje odwołanie.

## XI. KONTAKT W SPRAWIE ZAPYTANIA OFERTOWEGO

Wszelkie pytania w sprawie niniejszego zapytania należy kierować na adres email: [gops@lipnicamurowana.pl](mailto:gops@lipnicamurowana.pl) lub pod nr tel. 146852330, 146852350.

## **XII. ZAŁĄCZNIKI**

1. Wzór formularza ofertowego
2. Klauzula informacyjna w sprawie przetwarzania danych osobowych

**Kierownik GOPS**

***mgr Monika Słowińska***

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

.....  
nazwisko, imię, adres oferenta /  
pieczęć oferenta

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej  
w Lipnicy Murowanej  
Lipnica Dolna 25  
32-724 Lipnica Murowana**

**OFERTA na ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe nr GOPS.4320.13.2024 z dnia 19.06.2024r. dotyczące świadczenia usług opieki wytchnieniowej składam ofertę następującej treści:

1. Oferuję wykonanie zamówienia na świadczenie usług opieki wytchnieniowej za cenę brutto ..... zł (słownie: .....)

za jedną godzinę świadczonych usług.

2. Nazwisko, imię, adres Wykonawcy  
.....  
.....

NIP (w przypadku prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej): .....

3. Oświadczam, że w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.

4. *Prowadzę/nie prowadzę\** pozarolniczą(-ej) działalność(-ci) gospodarczą(-ej) i *podlegam/nie podlegam\** ubezpieczeniu społecznemu.

5. *Podlegam/nie podlegam\** ubezpieczeniu społecznemu rolnik~~ów~~

**Załączniki:**

1. Dokumenty potwierdzające wykształcenie:

.....  
..... ;

2. Inne dodatkowe dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje i umiejętności:

.....

.....;

3. Dokumenty potwierdzające ukończone szkolenia, kursy oraz potwierdzające staż i doświadczenie zawodowe:

.....

.....;

4. Życiorys (CV)

5. Referencje z dotychczasowych miejsc pracy (w przypadku ich posiadania);

6. Oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych i korzystaniu w pełni z praw publicznych oraz o niekaralności za przestępstwa popełnione umyślnie

7. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. z 2016r. Nr 119, str. 1).

8. Klauzula informacyjna w sprawie przetwarzania danych osobowych

9. Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego 2 edycja 2024 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.

oraz (w przypadku świadczenia usług opieki wytchnieniowej dla członków rodziny lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, w odniesieniu do osób, które mają świadczyć usługi opieki wytchnieniowej, wymagane są także:

10. zaświadczenie o niekaralności;

11. informacja o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym w postaci wydruku pobranej informacji z Rejestru;

12. pisemna akceptacja osoby, która ma świadczyć usługę opieki wytchnieniowej ze strony rodzica lub opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością.

.....

miejsowość, data

.....

podpis oferenta

\* niepotrzebne skreślić



### **Klauzula informacyjna w sprawie przetwarzania danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwane dalej RODO), informuję iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej Lipnica Dolna 25, 32-724 Lipnica Murowana, tel. 14 68 52 330, e-mail: gops@lipnicamurowana.pl.
- 2) Inspektorem ochrony danych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Lipnicy Murowanej jest Pani Patrycja Powroziejewicz-Wrona, dane kontaktowe: odo@lipnicamurowana.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia rekrutacji na stanowisko pracy na jakie złożył Pan/Pani na podstawie art. 6 ust 1 lit. b) RODO i na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO (przetwarzanie w postaci wizerunku).
- 4) Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organy państwowe w zakresie wykonywanych zadań, pracownicy Administratora w zakresie swoich obowiązków służbowych na podstawie upoważnienia.
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza obszar gospodarczy Unii Europejskiej.
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu zakończenia procesu rekrutacji na stanowisko pracy na jakie Pan/Pani aplikował/a lub/i do czasu cofnięcia przez Panią/Pana zgody i tylko w zakresie w jakim udzielono zgody.
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
- 8) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
- 9) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale nie podanie danych określonych Kodeksem Pracy spowoduje niemożność wzięcia udziału w rekrutacji.
- 10) Pani/Pana dane nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.

⌘⌘⌘⌘⌘⌘⌘⌘⌘⌘⌘⌘⌘⌘⌘⌘⌘⌘⌘⌘

(data i podpis oferenta)

## **Klauzula informacyjna RODO w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego ☒ edycja 2024 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.**

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, Minister Rodziny i Polityki Społecznej informuje, że:

### **Tożsamość administratora i dane kontaktowe**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej jest Minister Rodziny i Polityki Społecznej, zwany dalej „Ministrem”, mający siedzibę w Warszawie (00-513), ul. Nowogrodzka 1/3/5.

### **Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych**

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, drogą elektroniczną ☒ adres email: [iodo@mriips.gov.pl](mailto:iodo@mriips.gov.pl) lub pisemnie na adres: ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.

### **Kategorie danych osobowych**

Przetwarzanie danych osobowych obejmuje następujące kategorie Pani/Pana danych:

W przypadku osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej określonej w przyjętym przez Ministra Programie „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego ☒ edycja 2024: imię i nazwisko, miejsce pracy, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu.

W przypadku uczestnika Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego ☒ edycja 2024: imię i nazwisko oraz dane określone w Karcie zgłoszenia do Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego ☒ edycja 2024, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli, postępowania w trybie nadzoru lub sprawozdawczości.

### **Cele przetwarzania i podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do wykonania przez Ministra zadań związanych ze sprawozdawczością, nadzorem oraz z czynnościami kontrolnymi dotyczącymi realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego ☒ edycja 2024. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, art. 6 ust. 1 lit. e RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO gdyż, przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego ☒ edycja 2024, przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 647 z późn. zm.).

### **Odbiorcy danych lub kategorie odbiorców danych**

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków oraz w związku z wykonywaniem czynności związanych z realizacją Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek



.....  
imię i nazwisko oferenta

.....  
miejscowość i data

.....  
adres oferenta

## OŚWIADCZENIE

Uprzedzony(-a) i świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 17), który brzmi: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” niniejszym oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam w pełni z praw publicznych. Jednocześnie oświadczam, iż nie byłem(-am) karany(-a) za przestępstwa popełnione umyślnie.

.....  
podpis oferenta

.....  
imię i nazwisko oferenta

.....  
miejscowość i data

.....  
adres oferenta

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w złożonej przeze mnie ofercie na świadczenie usług opieki wytchnieniowej, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L. z 2016r. Nr 119, str. 1).

.....  
podpis oferenta