

#### ZAPYTANIE OFERTOWE

na przeprowadzenie indywidualnych konsultacji specjalistów  
„niezależnego życia” dla uczestników projektu:

„Aktywny w pracy – aktywny w życiu” współfinansowanego ze środków PFRON

Nr postępowania: 4/2021/PFRON/AKT data: 23.04.2021 r.

#### 1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi  
ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18, 90-349 Łódź, [lodz@ptsr.org.pl](mailto:lodz@ptsr.org.pl)

#### POSTANOWIENIA OGÓLNE

Każdy WYKONAWCA może złożyć tylko jedną ofertę.

ZAMAWIAJĄCY dopuszcza składanie ofert częściowych.

WYKONAWCA nie może powierzyć wykonania zamówienia ani jego części podwykonawcom.

WYKONAWCA ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty.

ZAMAWIAJĄCY zastrzega sobie prawo do unieważnienia procedury zapytania ofertowego w każdym momencie trwania procedury bez podania przyczyny.

ZAMAWIAJĄCY może odstąpić od podpisania umowy bez podania przyczyny.

ZAMAWIAJĄCY nie dopuszcza możliwości negocjacji cenowej.

#### 2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest przeprowadzenie średnio po 15 godz. konsultacji różnych specjalistów w zależności od wskazań wynikających z IPD oraz od aktualnego stanu zdrowia na terenie woj. łódzkiego, zachodniopomorskiego, kujawsko-pomorskiego i wielkopolskiego. Łącznie specjaliści przeprowadzą 4050 godzin konsultacji dla śr. 45 osób. Indywidualne wsparcie udzielane będzie przez różnych specjalistów, w tym m.in. psychologa, lekarza neurologa, doradcę zawodowego, rehabilitanta, psychiatrę, logopedę, pielęgniarkę, prawnika, dietetyka, okulistę, pracownika socjalnego. Specjaliści będą dostarczać odpowiedniej wiedzy beneficjentowi, stymulować jego aktywność, zadbają o skuteczną realizację IPD.

#### Wymagania niezbędne:

- prawnicy, psychologowie i specjaliści (np. pielęgniarka, dietetyk, psychiatra, logopeda) doświadczeni w pracy z osobami z niepełnosprawnością. Osoby z wykształceniem wyższym kierunkowym (ukończone studia z zakresu medycyny, prawa, psychologii, logopedii) lub z ukończonym kursem/szkołą policealną z zakresu dietetyki i pielęgniarstwa.
- doświadczenie w pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym;

Przedmiot zamówienia świadczony będzie w biurze projektu, domach uczestników projektu lub w innym miejscu wskazanym przez Zamawiającego i ustalonym z Oferentem.

#### Wymagania dodatkowe:

- odpowiedzialność za powierzone zadania,
- umiejętność radzenia sobie w sytuacjach stresogennych,
- miłe usposobienie,
- dyspozycyjność,
- posiadanie samochodu i prawa jazdy kat.B,
- komunikatywność, sumienność, obowiązkowość oraz uczciwość.

### 3. WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

Kod CPV

- 85312320-8 usługi doradztwa,
- 85121100-4 ogólne usługi lekarskie,
- 85121200-5 specjalistyczne usługi medyczne,
- 85121270-6 usługi psychiatryczne lub psychologiczne,
- 79100000-5 usługi prawnicze.

### 4. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

- prowadzenie niezbędnej dokumentacji (np. karty konsultacji, listy obecności uczestników projektu, formularze BO)
- przekazywanie Zamawiającemu wszelkiej dokumentacji pomocniczej z przeprowadzonych usług,
- prowadzenie usług zgodnie z zapotrzebowaniem złożonym przez Zamawiającego

### 5. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO

- terminowe i rzetelne wywiązywanie się z umowy,
- przekazanie Wykonawcy potrzebnych informacji do rzetelnego wykonania umowy,
- zapewnienie kontaktu z osobami uczestniczącymi w projekcie dla których mają być przeprowadzane usługi.

### 6. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- termin realizacji zamówienia: od dnia podpisania umowy – marzec 2022 r.,
- miejsce: woj. łódzkie, zachodniopomorskie, kujawsko-pomorskie, wielkopolskie.

### 7. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.

Oferty Wykonawców nie spełniających warunków zdefiniowanych w zapytaniu nie będą rozpatrywane.

W celu potwierdzenia, że Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu Wykonawca przedłoży;

1. kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności,
2. kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osoby udzielającej świadczeń (np. prawo wykonywania zawodu, dyplomy)

Oferty Wykonawców nie spełniających warunków zdefiniowanych w zapytaniu nie będą rozpatrywane.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość wglądu w dokumenty potwierdzające spełnianie wyżej wymienionych warunków przed podpisaniem umowy na wykonanie usług.

Ubiegający się o udzielenie zamówienia ponosi koszty przygotowania i złożenia oferty. Zamawiający dopuszcza do składania ofert wyłącznie przez osoby fizyczne, świadczące usługi na podstawie umowy zlecenia oraz osoby fizyczne, prowadzące działalność gospodarczą, wykonujące osobiście zadania w ramach prowadzonego projektu.

#### 8. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW

- formularz ofertowy – zgodnie z załącznikiem nr 1,
- kserokopie dokumentów potwierdzających uprawnienia do wykonywania zawodu,
- kserokopie dokumentów potwierdzających formę prawną prowadzonej działalności (o ile dotyczy),
- oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2.
- oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 3.

#### 9. WALUTA, W JAKIEJ BĘDĄ PROWADZONE ROZLICZENIA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ NINIEJSZEGO ZAMÓWIENIA

Rozliczenia prowadzone w PLN

#### 10. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Ofertę należy przygotować w języku polskim dołączając do niej wszystkie niezbędne dokumenty stanowiące załączniki do zapytania ofertowego. Należy podać cenę brutto za przeprowadzenie 1 godziny konsultacji indywidualnej dla 1 osoby przez przedstawiciela danej specjalności. W cenę należy wliczyć w szczególności koszt: badania, analizy dokumentacji medycznej, wystawienia stosownych zaświadczeń, a także innych elementów niezbędnych do prawidłowego wykonania zamówienia.

Podana w ofercie cena musi uwzględniać wszystkie wymagania zapytania oraz obejmować koszty, jakie poniesie wykonawca z tytułu należytej realizacji przedmiotu zamówienia.

#### 11. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI

Monika Koza – kierownik biura tel. : 42 649 18 03

#### 12. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

Ofertę należy dostarczyć do dnia **30.04.2021 r. do godz. 16.00** pocztą elektroniczną (w formie skanu) na email: [lodz@ptsr.org.pl](mailto:lodz@ptsr.org.pl) lub przesyłką poleconą (decyduje data wpływu do siedziby PTSR) w zamkniętej trwale kopercie na adres: 90-349 Łódź, ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18 opatrzonej napisem:

**ZAPYTANIE OFERTOWE na przeprowadzenie indywidualnych konsultacji specjalistów „niezależnego życia” dla uczestników projektu: „Aktywny w pracy – aktywny w życiu” współfinansowanego ze środków PFRON**

#### 13. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

**Doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością - max. 15 pkt**

**Cena zaproponowana za realizację usługi – max. 85 pkt**

#### 14. SPOSÓB OBLICZENIA OFERTY

Przesłane przez Państwa informacje będą brane pod uwagę przy wyborze najkorzystniejszej oferty wg. kryterium punktowego: max 100 pkt.

Kryteria, którymi Zamawiający będzie się kierować przy wyborze oferty:

**Zasady oceny kryterium „Cena” – 85 pkt:**



C min

$X_c = \frac{C_{min}}{C_i} \times 85 \text{ pkt.}$

$C_i$

gdzie:

$X_c$  - wartość punktowa ceny

C min - najniższa cena spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert

$C_i$  - cena w ofercie „i”

#### Zasady oceny kryterium „Doświadczenie” – 15 pkt.:

- brak doświadczenia w pracy z osobami z niepełnosprawnością – 0 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością do 1 roku – 5 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością od 1 roku do 5 lat – 10 pkt.
- doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością powyżej 5 lat – 15 pkt.

W przypadku uzyskania jednakowej liczby punktów przez Oferentów lub w przypadku wątpliwości dot. doświadczenia i kwalifikacji Oferentów, Zamawiający przeprowadzi rozmowy kwalifikacyjne, których wynik łącznie z uzyskaną punktacją zdecyduje o dokonaniu ostatecznego wyboru. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wyboru kilku ofert i podziału przedmiotu zamówienia między kilku wykonawców.

#### 15. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY

Informacja o wyniku postępowania wysłana będzie się do każdego wykonawcy, który złożył ofertę oraz umieszczona się na stronie internetowej [www.lodz.ptsr.org.pl](http://www.lodz.ptsr.org.pl).

Umowa z wykonawcą zostanie zawarta przed podjęciem współpracy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego

#### 16. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- od dnia podpisania umowy do 31 marca 2022 r.

#### 17. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

W przypadku unieważnienia postępowania, Zamawiający nie ponosi kosztów postępowania.

#### 18. FINANSOWANIE

Zamówienie jest współfinansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

#### UWAGI KOŃCOWE

1. Zamówienie nie może zostać udzielone podmiotom powiązanim osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, w szczególności poprzez:
  - a. uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
  - b. posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji,
  - c. pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

# Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

- d. pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
2. Niniejsze ogłoszenie nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy prawo zamówień publicznych, a propozycje składane przez zainteresowane podmioty nie są ofertami w rozumieniu kodeksu cywilnego. Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi do zawarcia umowy. PTSR Oddział w Łodzi może odstąpić od podpisania umowy bez podania uzasadnienia swojej decyzji.

## 19. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Do zapytania ofertowego dołączono:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych

Załącznik nr 3 – Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Załącznik nr 4 – Klauzula informacyjna z art.13 RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia

Załącznik nr 5 – Oświadczenie wykonawcy o nieprzekraczaniu 276 godzin łącznego zaangażowania zawodowego miesięcznie





....., dnia .....

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **4/2021/PFRON/AKT data: 23.04.2021 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Aktywny w pracy – aktywny w życiu**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

#### FORMULARZ OFERTOWY

w odpowiedzi na „Zapytanie ofertowe” nr **4/2021/PFRON/AKT data: 23.04.2021 r.**  
na przeprowadzenie indywidualnych konsultacji specjalistów „niezależnego życia” dla uczestników projektu: „**Aktywny w pracy – aktywny w życiu**” współfinansowanego ze środków PFRON

Przedmiot zamówienia*	Kwota brutto** za przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych na terenie woj. łódzkiego*	Kwota brutto** za przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych na terenie woj. zachodniopomorskiego*	Kwota brutto** za przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych na terenie woj. kujawsko-pomorskiego*	Kwota brutto** za przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych na terenie woj. wielkopolskiego*
<b>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez psychologa</b>				
<b>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez neurologa</b>				
<b>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez doradcę zawodowego</b>				
<b>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez rehabilitanta</b>				
<b>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez psychiatrę</b>				



# Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego

Oddział w Łodzi

90-349 Łódź, ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18

Tel./fax: 42 649-18-03

<b>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez logopedę</b>				
<b>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez pielęgniarkę</b>				
<b>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez prawnika</b>				
<b>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez dietetyka</b>				
<b>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez okulistę</b>				
<b>Przeprowadzenie 1 godz. konsultacji indywidualnych przez pracownika socjalnego</b>				

.....  
podpis Wykonawcy

\* wpisać właściwe, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami

\*\* cena brutto tzn. musi uwzględniać wszystkie koszty i składniki niezbędne do wykonania zamówienia oraz składki na ubezpieczenie społecznie i zdrowotne, których obowiązek regulowania wynika z aktualnie obowiązujących przepisów zarówno przez Wykonawcę oraz Zamawiającego (tj. płaca Wykonawcy brutto oraz narzuty na wynagrodzenie ze strony Zamawiającego).



**Doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością:**

LP.	Daty (od – do) (dzień, miesiąc, rok)	Nazwa Pracodawcy	Obowiązki	Stanowisko

.....  
podpis Wykonawcy





....., dnia .....

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **4/2021/PFRON/AKT data: 23.04.2021 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Aktywny w pracy – aktywny w życiu**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

### **OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany(a) .....

**oświadczam, że** Wykonawca jest/nie jest\* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, w szczególności poprzez:

- a. uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- b. posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji,
- c. pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- d. pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....  
podpis Wykonawcy

\* Niepotrzebne skreślić

Załącznik 3 do zapytania ofertowego



....., dnia .....

.....  
Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego nr **4/2021/PFRON/AKT data: 23.04.2021 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Aktywny w pracy – aktywny w życiu**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z realizacją przedmiotu **zamówienia nr 4/2021/PFRON/AKT data: 23.04.2021 r.** w ramach realizowanego projektu: „**Aktywny w pracy – aktywny w życiu**” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych:

1. Wyrażam nieodwołalnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów procesu rekrutacji łącznie z możliwością publikacji wyników rekrutacji na stronie www oraz na wgląd w dokumentację dotyczącą wyżej wymienionego zamówienia przez Zamawiającego oraz przez organy kontrolujące projekt.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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)”.

.....  
podpis Wykonawcy

Klauzula informacyjna z art. 13 RODO w celu związanym  
z postępowaniem o udzielenie zamówienia

Zgodnie z art. 13 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), dalej „RODO”, informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Oddział w Łodzi, 90 – 349 Łódź ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18**
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego **nr postępowania: 4/2021/PFRON/AKT data: 23 kwietnia 2021 r. z zachowaniem zasady konkurencyjności;**
- odbiorcami danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o Umowę o dofinansowanie Projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 oraz podrozdział 6.5 Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020, dalej „wytyczne”;
- dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z Umową o dofinansowanie Projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania;
- obowiązek podania przez osobę fizyczną danych osobowych bezpośrednio jej dotyczących jest wymogiem określonym w przepisach wytycznych, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z wytycznych;
- w odniesieniu do danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- osoba fizyczna posiada:
  - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych, które jej dotyczą;
  - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania swoich danych osobowych (*prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego*);
  - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (*prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego*);
  - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy osoba fizyczna uzna, że przetwarzanie danych osobowych jej dotyczących narusza przepisy RODO;



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego  
Oddział w Łodzi  
90-349 Łódź, ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18  
Tel./fax: 42 649-18-03

---

- osobie fizycznej nie przysługuje:
  - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
  - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
  - **na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.**

.....  
Zapoznałem/zapoznałam się i wyrażam zgodę

(Data i podpis)



**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O NIEPRZEKRACZANIU  
276 GODZIN ŁĄCZNEGO ZAANGAŻOWANIA ZAWODOWEGO MIESIĘCZNIE\***

Nazwa / Imię i nazwisko Wykonawcy: .....

Adres: .....

.....

.....

Tel. ....

E-mail: .....

Ja niżej podpisany(a) .....

oświadczam, że po uwzględnieniu liczby godzin związanych z niniejszym zamówieniem moje łączne zaangażowanie zawodowe nie przekracza 276 godzin miesięcznie.

.....  
podpis Wykonawcy

**\* Dotyczy osób fizycznych, prowadzących i nieprowadzących działalności gospodarczej, które będą osobiście realizować zamówienie.**