***Załącznik Nr 2*** ***do SIWZ***

**Znak sprawy:** **ZER-ZP-25/2018**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| *………………………………………………………**pieczęć Wykonawcy/Pełnomocnika Wykonawcy* |

**Wykonawca\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………………………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej VAT** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:**  | ……………………………………………… |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:****Telefon:****Adres e-mail:****Faks:** | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

***\*W przypadku oferty wspólnej należy podać nazwy i adresy wszystkich Wykonawców***

**OFERTA**

**dla Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji**

**ul. Pawińskiego 17/21, 02-106 Warszawa**

**W odpowiedzi na ogłoszenie o udzielenie zamówienia publicznego usługi społecznej na** „***Świadczenie usług gastronomiczno-hotelarsko-konferencyjnych”* składamy niniejszą ofertę oświadczając, że:**

1. Oferujemy wykonanie zamówienia w **Części 1** Świadczenie usług gastronomiczno-hotelarsko-konferencyjnych na spotkaniu organizacyjnym dla kadry kierowniczej w terminie 20-21 września 2018 r. dla maksymalnej liczby uczestników spotkania organizacyjnego tj. 70 osób z zastrzeżeniem, że maksymalna liczba uczestników korzystających z kolacji i noclegu w dniu 20 września 2018 r. wynosi 43 osoby, zgodnie z wymaganiami określonymi w Opisie przedmiotu zamówienia, stanowiącym Załącznik nr 1 do SIWZ za:

**cenę netto (bez podatku VAT): …………………………… PLN**

**cenę brutto (z podatkiem VAT): …………………………… PLN**

słownie: ……………………………………………………………………………………

Oferujemy wykonanie przedmiotu Umowy, zgodnie z poniższym wyszczególnieniem:

|  |
| --- |
| Świadczenie usługi gastronomiczno-hotelarsko-konferencyjnej na spotkaniu organizacyjnym dla kadry kierowniczej w terminie 20-21 września 2018 r. |
| **Lp** | **Nazwa usługi** | **liczba dni/ świadczeń** | **liczba uczestników** | **Cena jednostkowa netto** | **Stawka VAT**  | **Wartość VAT**  | **Cena jednostkowa brutto kolumna 5+7/** | **Cena całkowita brutto (wartość brutto)\* /kolumna 4x8/** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** |
| 1 | Średni koszt za jednego uczestnika uwzględniający koszty kolacji oraz noclegu ze śniadaniem **(8%)** | 1 | 43 | …………… | 8% | ……… | ………… | …………… |
| 2 | Średni koszt za jednego uczestnika uwzględniający koszty kolacji oraz noclegu ze śniadaniem\* **(23%)** | 1 | 43 | …………… | 23% | ……… | ………… | …………… |
| 3 | Średni koszt za jednego uczestnika uwzględniający koszty kolacji oraz noclegu ze śniadaniem\* **(zw)** | 1 | 43 | …………… | zw. | ……… | ………… | …………… |
| 1 | Średni koszt za jednego uczestnika uwzględniający pozostałe koszty spotkania\*\* **(8%)** | 1 | 70 | …………… | 8% | ……… | ………… | …………… |
| 2 | Średni koszt za jednego uczestnika uwzględniający pozostałe koszty spotkania \*\* **(23%)** | 1 | 70 | …………… | 23% | ……… | ………… | …………… |
| 3 | Średni koszt za jednego uczestnika uwzględniający pozostałe koszty spotkania \*\* **(zw)** | 1 | 70 | …………… | zw. | ……… | ………… | …………… |
| **CENA CAŁKOWITA BRUTTO**  | …………………………………………………… |
| **SŁOWNIE** | ……………………………………………….. |

\* cenę jednostkową należy wyliczyć zgodnie z zasadami opisanymi w pkt 5.1.3. SIWZ

1. Oferujemy wykonanie zamówienia w **Części 2** Świadczenie usług gastronomiczno-hotelarsko-konferencyjnych na dwóch spotkaniach szkoleniowych dla asystentek Centralnej Komisji Lekarskiej, składów orzekających Centralnej Komisji Lekarskiej i rejonowych komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, które odbędą się w terminach 15‑16 października 2018 r. oraz 22-23 października 2018 r. (maksymalna liczba uczestników każdego spotkania – 32), zgodnie z wymaganiami określonymi w Opisie przedmiotu zamówienia, stanowiącym Załącznik nr 2 do SIWZ za:

**cenę netto (bez podatku VAT): …………………………… PLN**

**cenę brutto (z podatkiem VAT): …………………………… PLN**

słownie: ……………………………………………………………………………………

Oferujemy wykonanie przedmiotu Umowy, zgodnie z poniższym wyszczególnieniem:

|  |
| --- |
| Świadczenie usług gastronomiczno-hotelarsko-konferencyjnych na spotkaniu szkoleniowym dla asystentek Centralnej Komisji Lekarskiej, składów orzekających Centralnej Komisji Lekarskiej i rejonowych komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, które odbędzie się 15-16 października 2018 r. (max. liczba uczestników spotkania – 32). |
| **Lp** | **Nazwa usługi** | **liczba dni/ świadczeń** | **liczba uczestników** | **Cena jednostkowa netto\*** | **Stawka VAT\*\*** | **Wartość VAT\*** | **Cena jednostkowa brutto /kolumna 5+7/** | **Cena całkowita brutto (wartość brutto)\* /kolumna 4x8/** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** |
| 1 | Średni koszt jednego dnia świadczenia usług \* **(23%)** | 1 | 32 | ………… | 23% | ………… | ………… | …………… |
| 2 | Średni koszt jednego dnia świadczenia usług \* **(8%)** | 1 | 32 | ………… | 8% | ………… | ………… | …………… |
| 3 | Średni koszt jednego dnia świadczenia usług \* **(zw)** | 1 | 32 | ………… | zw. | ………… | ………… | …………… |
| **CENA CAŁKOWITA BRUTTO**  | …………………………………………………… |
| **SŁOWNIE:** | …………………………………………………… |
| Świadczenie usług gastronomiczno-hotelarsko-konferencyjnych na spotkaniu szkoleniowym dla asystentek Centralnej Komisji Lekarskiej, składów orzekających Centralnej Komisji Lekarskiej i rejonowych komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, które odbędzie się 22-23 października 2018 r. (max. liczba uczestników spotkania – 32). |
| **Lp** | **Nazwa usługi** | **liczba dni/ świadczeń** | **liczba uczestników** | **Cena jednostkowa netto\*** | **Stawka VAT\*\*** | **Wartość VAT\*** | **Cena jednostkowa brutto /kolumna 5+7/** | **Cena całkowita brutto (wartość brutto)\* /kolumna 4x8/** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** |
| 1 | Średni koszt jednego dnia świadczenia usług \* **(23%)** | 1 | 32 | ………… | 23% | ………… | ………… | …………… |
| 2 | Średni koszt jednego dnia świadczenia usług \* **(8%)** | 1 | 32 | ………… | 8% | ………… | ………… | …………… |
| 3 | Średni koszt jednego dnia świadczenia usług \* **(zw)** | 1 | 32 | ………… | zw. | ………… | ………… | …………… |
| **CENA CAŁKOWITA BRUTTO**  | …………………………………………………… |
| **SŁOWNIE:** | …………………………………………………… |
| **CENA CAŁKOWITA BRUTTO OBU SPOTKAŃ SZKOLENIOWYCH** | ………………………………………………… |
| **SŁOWNIE CENA MAKSYMALNA OFERTY BRUTTO** | …………………………………………………………………………………………………..………………………………………………… |

\* cenę jednostkową należy wyliczyć zgodnie z zasadami opisanymi w pkt 5.2.3. SIWZ

1. Oferujemy wykonanie zamówienia w **Części 3** Świadczenie usług gastronomiczno-hotelarsko-konferencyjnych na dwóch spotkaniach szkoleniowych dla lekarzy Centralnej Komisji Lekarskiej, składów orzekających Centralnej Komisji Lekarskiej i rejonowych komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, które odbędą się w terminach 5‑7 listopada 2018 r. oraz 12-14 listopada 2018 r. (max.. liczba uczestników każdego spotkania‑45), zgodnie z wymaganiami określonymi w Opisie przedmiotu zamówienia, stanowiącym Załącznik nr 2 do SIWZ za:

**cenę netto (bez podatku VAT): …………………………… PLN**

**cenę brutto (z podatkiem VAT): …………………………… PLN**

słownie: ……………………………………………………………………………………

Oferujemy wykonanie przedmiotu Umowy, zgodnie z poniższym wyszczególnieniem:

|  |
| --- |
| Świadczenie usług gastronomiczno-hotelarsko-konferencyjnych dla spotkaniu szkoleniowym dla lekarzy Centralnej Komisji Lekarskiej, składów orzekających Centralnej Komisji Lekarskiej i rejonowych komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, które odbędzie się w terminie 5-7 listopada 2018 r. (maksymalna liczba uczestników spotkania – 45). |
| **Lp** | **Nazwa usługi** | **liczba dni/ świadczeń** | **liczba uczestników** | **Cena jednostkowa netto\*** | **Stawka VAT\*\*** | **Wartość VAT\*** | **Cena jednostkowa brutto /kolumna 5+7/** | **Cena całkowita brutto (wartość brutto)\* /kolumna 4x8/** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** |
| 1 | Średni koszt jednego dnia świadczenia usług \* **(23%)** | 2 | 45 | ………… | 23% | ……… | ………… | …………… |
| 2 | Średni koszt jednego dnia świadczenia usług \* **(8%)** | 2 | 45 | ………… | 8% | ……… | ………… | ………… |
| 3 | Średni koszt jednego dnia świadczenia usług \* **(zw)** | 2 | 45 | ………… | zw. | ……… | ………… | …………… |
| **CENA CAŁKOWITA BRUTTO**  | …………………………………………………… |
| **SŁOWNIE:** | …………………………………………………… |
| Świadczenie usług gastronomiczno-hotelarsko-konferencyjnych dla spotkaniu szkoleniowym dla lekarzy Centralnej Komisji Lekarskiej, składów orzekających Centralnej Komisji Lekarskiej i rejonowych komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, które odbędzie się w terminie 12-14 listopada 2018 r. (maksymalna liczba uczestników spotkania – 45). |
| **Lp** | **Nazwa usługi** | **liczba dni/ świadczeń** | **liczba uczestników** | **Cena jednostkowa netto\*** | **Stawka VAT\*\*** | **Wartość VAT\*** | **Cena jednostkowa brutto /kolumna 5+7/** | **Cena całkowita brutto (wartość brutto)\* /kolumna 4x8/** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** |
| 1 | Średni koszt jednego dnia świadczenia usług \* **(23%)** | 2 | 45 | ………… | 23% | ……… | ………… | …………… |
| 2 | Średni koszt jednego dnia świadczenia usług \* **(8%)** | 2 | 45 | ………… | 8% | ……… | ………… | ………… |
| 3 | Średni koszt jednego dnia świadczenia usług \* **(zw)** | 2 | 45 | ………… | zw. | ……… | ………… | …………… |
| **CENA CAŁKOWITA BRUTTO**  | …………………………………………………… |
| **SŁOWNIE:** | …………………………………………………… |
| **CENA CAŁKOWITA BRUTTO OBU SPOTKAŃ SZKOLENIOWYCH** | ……………………………………………… |
| **SŁOWNIE CENA MAKSYMALNA OFERTY BRUTTO** | …………………………………………………………………………………………………..………………………………………………… |

\* cenę jednostkową należy wyliczyć zgodnie z zasadami opisanymi w pkt 5.3.3. SIWZ

**Uwaga!**

***\** Ceny należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku,**

**\*\* Wykonawca zobowiązany jest podać podstawę prawną zastosowania stawki podatku od towarów i usług (vat) innej niż stawka podstawowa lub zwolnienia z ww. podatku,**

**\*\*\*Zamawiający odrzuci oferty, w których wykonawcy zaoferują ceny jednostkowe netto o wartości „0” (definicję ceny zawiera ustawa z dnia 9 maja 2014r. *o informowaniu o cenach towarów i usług* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1830,
z późn. zm.).**

Podstawa prawna zwolnienia z podatku od towarów i usług (VAT) ………………………….

1. Określone w kolumnie nr 4 niniejszego *Formularza ofertowego* **ilości osób są szacunkowe
i mogą ulec zmianie w zależności od potrzeb Zamawiającego, na co Wykonawca wyraża zgodę i nie będzie rościł sobie prawa do dochodzenia odszkodowania z tytułu zmian ilości osób w trakcie realizacji zamówienia.**
2. Osoby upoważnione do kontaktów i współpracy przy realizacji umowy:

1. …………………………………………………………………………………………………

*/proszę wskazać imiona i nazwiska, stanowiska i nr telefonów kontaktowych/*

2. …………………………………………………………………………………………………

*/proszę wskazać imiona i nazwiska, stanowiska i nr telefonów kontaktowych/*

1. Spotkanie organizacyjne dla kadry kierowniczej **(dotyczy części 1)** odbędzie się w:

……………………………………………………………………….…………………………

*/ proszę wskazać nazwę, adres, numery telefonów do rejestracji /*

1. Obiekt w którym odbędzie się spotkanie organizacyjne dla kadry kierowniczej posiada standard hotelu: ………….………………………………………………………………………………………

*/ proszę wskazać ilość gwiazdek /*

1. Spotkania szkoleniowe dla asystentek **(dotyczy części 2)** odbędą się w:

……………………………………………………………………….…………………………

*/ proszę wskazać nazwę, adres, numery telefonów do rejestracji /*

1. Obiekt w którym odbędą się spotkania szkoleniowe dla asystentek posiada standard hotelu: ………….……………………………………………………………………………………

*/ proszę wskazać ilość gwiazdek /*

1. Spotkania szkoleniowe dla lekarzy **(dotyczy części 3)** odbędą się w:

……………………………………………………………………….…………………………

*/ proszę wskazać nazwę, adres, numery telefonów do rejestracji /*

1. Obiekt w którym odbędą się spotkania szkoleniowe dla lekarzy posiada standard hotelu: ………….………………………………………………………………………………………

*/ proszę wskazać ilość gwiazdek /*

1. Wadium wpłacone w pieniądzu należy zwrócić na rachunek bankowy w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*dotyczy Wykonawców, którzy wnieśli wadium w pieniądzu*)

1. Zamówienie zrealizujemy:

**[ ] [[1]](#footnote-1) BEZ** udziału podwykonawców;

**[ ] 1** z udziałem niżej wskazanych podwykonawców:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Firma podwykonawcy | Część zamówienia, której wykonanie zostanie powierzone podwykonawcy |
| 1. |  |  |

1. Cena wskazana w pkt 1\*/2\*/3\* zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający na rzecz Wykonawcy w związku z realizacją zamówienia w przypadku wyboru naszej oferty.
2. Zamówienie zrealizujemy w terminie wymaganym przez Zamawiającego, na zasadach określonych we Wzorze umowy i w Opisie przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczamy, że akceptujemy warunki rozliczeń określone w pkt 7 SIWZ.
4. Zapoznaliśmy się ze Wzorem umowy, który jest integralną częścią SIWZ i akceptujemy go bez zastrzeżeń oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na określonych w SIWZ przez Zamawiającego warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oferta jest dla Nas wiążąca przez okres 30 dni od daty ustalonej na złożenie oferty.
6. Oświadczamy, że:

**[ ] [[2]](#footnote-2)** jestem

**[ ] 2** nie jestem

małym lub średnim przedsiębiorstwem.

*(małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR; średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób
i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza
43 milionów EUR). Informacje powyższe wymagane wyłącznie do celów statystycznych.*

1. Do oferty załączam(y) następujące dokumenty:
2. ……………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………
4. ……………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………….(miejscowość i data) | .…………..………….…………………………………..….(podpis i imienna pieczątka uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy) |

***Załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Świadczenie usług gastronomiczno-hotelarsko-konferencyjnych część 1/część 2/część 3** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*):** | ZER-ZP-25/2018 |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej VAT** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:**  | ……………………………………………… |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:****Telefon:****Adres e-mail:****Faks:** | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**OŚWIADCZENIE**

**o niepodleganiu wykluczeniu oraz spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

Ubiegając się o udzielenie przedmiotowego zamówienia publicznego, oświadczamy, że

1. brak jest podstaw do wykluczenia Wykonawcy z postępowania z powodu niespełniania przesłanek, o których mowa w art. 24 ust. 1 oraz art. 24 ust. 5 pkt. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579, z późn. zm.).

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………(miejscowość i data)  | ………………………………………………………………………………(podpis i imienna pieczątka uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy) |

1. Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w SIWZ.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………(miejscowość i data)  | ………………………………………………………………………………(podpis i imienna pieczątka uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy) |

Instrukcja wypełniania:

1. wypełnić we wszystkich wykropkowanych miejscach.

***Załącznik nr 4 do SIWZ***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr Sprawy:** | **ZER-ZP-25/2018** |
|  |  |
| **Wykonawca(y):** |  |
| (Nazwa i adres)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**Wykaz wykonanych lub wykonywanych w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, co najmniej dwóch usług na rzecz firm/instytucji/urzędów o wartości nie mniejszej niż 50.000,00 zł brutto każda, w zakresie odpowiadającym wymaganiom określonym w Rozdziale 10 SIWZ.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres podmiotu na rzecz którego wykonano usługę lub na rzecz którego jest wykonywana usługa | Opis przedmiotu umowy/zamówienia (usługi) | Termin(y) wykonania/realizacji usługi | Wartość wykonanej/realizowanej usługi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**UWAGA!**

**Zamawiający rozumie przez zwrot „dwie usługi” usługi świadczone w ramach dwóch odrębnych zamówień/umów.**

**PODPIS(Y):**

....................................................................................

(miejscowość, data, podpis(y))\*

\*Podpis(y) i pieczątka(i) imienna(e) osoby(osób) umocowanej(ych) do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z:

zapisami w dokumencie stwierdzającym status prawny Wykonawcy (odpis z właściwego rejestru lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) lub pełnomocnictwem wchodzącym w skład oferty.

***Załącznik nr 5 do SIWZ***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Świadczenie usług gastronomiczno-hotelarsko-konferencyjnych.** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*):** | ZER-ZP-25/2018 |

**Wykonawca[[3]](#footnote-3)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej VAT** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:**  | ……………………………………………… |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:****Telefon:****Adres e-mail:****Faks:** | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**oświadczenie W ZAKRESIE WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW INFORMACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH W art. 13. LUB art. 14 RODO**

* Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[4]](#footnote-4) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*
* Oświadczam, że nie przekazuję danych osobowych innych niż bezpośrednio mnie dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO. \*

*\*niepotrzebne skreślić*

 , dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ r.

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

 *podpis i pieczątka imienna osoby uprawnionej do występowania w obrocie prawnym lub posiadającej pełnomocnictwo*

1. Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację [↑](#footnote-ref-1)
2. Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia tabele powielić odpowiednio do liczby Wykonawców wspólne składających ofertę. [↑](#footnote-ref-3)
4. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/697 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. EU L 119 z 04.05.2016, str. 1) [↑](#footnote-ref-4)