DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
im. dr. Józefa Marcelego Kopicza
w Szpęgawsku
ul. Kasztanowa 23, tel./fax 58 562 14 61
83-200 Starogard Gdański
NIP 592-15-56-025

Szpęgawsk, dnia 11.05.2023 r.

.....
(pieczęć Zamawiającego)

ZAPYTANIE OFERTOWE

I. Zamawiający:

Dom Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku, ul. Kasztanowa 23, 83 – 200 Starogard Gdański
zaprasza do złożenia ofert na „Sukcesywną dostawę leków dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku".

Zamawiający informuje, że powyższe postępowanie jest prowadzone w oparciu o Regulamin udzielania zamówień publicznych, których wartość nie przekracza 130.00,00 zł netto wprowadzony Zarządzeniem nr 1/2021 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku z dnia 04.01.2021 r., z pomięciem Ustawy Prawo Zamówień Publicznych (Dz.U. z 2019, poz. 2019 z pożn. zmianami).

II. Przedmiot zapytania ofertowego:

„Sukcesywna dostawa leków dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku".

III. Opis przedmiotu zamówienia, istotne warunki zamówienia, termin realizacji:

1. Przedmiotem zamówienia jest sukcesywna dostawa leków dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku, ul. Kasztanowa 23, 83-200 Starogard Gdański.
2. Dostawca zobowiązuje się dostarczać Zamawiającemu leki dla mieszkańców Domu.
3. Dostawy leków będą realizowane na podstawie recept indywidualnych mieszkańców, na koszt Wykonawcy nie rzadziej niż dwa razy w tygodniu w godzinach 07.00 – 13.00.
4. W sytuacjach nagłych, które wskaże Zamawiający, Wykonawca dostarczy leki w dniu zgłoszenia.
5. Szacunkowe miesięczne zapotrzebowanie leków przedstawiają Załączniki Nr 2A i 2B służące do określenia wynagrodzenia Wykonawcy.
6. Dostawca zobowiązuje się wystawiać faktury imienne oddzielnie na leki refundowane i oddzielnie na leki płatne 100%.
7. Dostawy leków będą fakturowane na rzecz Domu Pomocy Społecznej w Szpęgawsku (Nabywca: Powiat Starogardzki, ul. Kościuszki 17, 83 - 200 Starogard Gdański, NIP 592 205 78 38; Odbiorca: Dom Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku, ul. Kasztanowa 23, 83 - 200 Starogard Gdański) oraz imiennie na rzecz indywidualnych mieszkańców, gdzie Nabywcą i Odbiorcą jest mieszkaniec, Płatnikiem zaś do wysokości limitu finansowania Powiat Starogardzki, ul. Kościuszki 17, 83 – 200 Starogard Gdański, NIP 592 205 78 38.
8. Dostawy będą realizowane na podstawie m.in. Ustawy o Refundacji Leków, Środków Spożywczych Specjalnego Przeznaczenia Żywieniowego oraz Wyrobów Medycznych z 12 maja 2011 Dz.U. 122/2011 poz. 696, Ustawy o Świadczeniach Opieki Zdrowotnej Finansowanych ze Środków Publicznych z 27.08.2004 r. Dz.U. Nr 164 z 2008 r. poz. 271 z późniejszymi zmianami, Ustawy Prawo Farmaceutyczne z 06.09.2001 Dz.U. Nr 126 poz. 1381 z późniejszymi zmianami oraz Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych.
9. Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający będzie się kierował jedynie kryterium ceny:

CENA 100 %

Sposób obliczania ilości punktów uzyskanych przez wykonawcę w danym kryterium:

CENA (C)

$$C = \frac{Cn}{Cb} \times 100 \times 100\%$$

C - ilość punktów za cenę oferty badanej
Cn - najniższa cena z zaoferowanych
Cb - cena badanej oferty

10. Zamawiający zastosuje zaokrąglenie ostatecznych wyników do dwóch miejsc po przecinku.
11. Za ofertę najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska w sumie największą ilość punktów w oparciu o wyżej wskazane kryteria.
12. Oferta musi być podpisana przez osobę lub osoby uprawnione do występowania w obrocie prawnym w imieniu oferenta, przy czym podpis lub podpisy muszą być czytelne lub opisane pieczątkami imiennymi.
13. O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający powiadomi drogą elektroniczną niezwłocznie Wykonawców, których zaprosił do składania ofert.
14. Z Wykonawcą, który złoży najkorzystniejszą ofertę zostanie podpisana umowa, której projekt stanowi Załącznik Nr 3 do niniejszego zapytania.
15. Wymagany termin realizacji zamówienia: 30.05.2023 r. – 29.05.2024 r.
16. Zamawiający może unieważnić postępowanie między innymi, gdy:
    a) w postępowaniu nie złożono żadnej oferty,
    b) cena najkorzystniejszej oferty przekroczyła wartość kwoty, którą Zamawiający przeznaczył na finansowanie zamówienia,
    c) wystąpiła istotna zmiana okoliczności, niezależna od Zamawiającego, powodująca, że dalsze prowadzenie postępowania lub wykonanie zamówienia nie jest zasadne.
17. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia niniejszego postępowania bez podania uzasadnienia, a także pozostawienia postępowania bez wyboru oferty.
18. Zapytanie ofertowe zostało przekazane do minimum dwóch losowo wybranych Wykonawców oraz umieszczone na stronie BIP Zamawiającego.

IV. Miejsce i termin złożenia oferty:

1. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej w terminie do dnia 19.05.2023 r., do godz.10.00 osobiście w sekretariacie Domu Pomocy Społecznej im. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku ul. Kasztanowa 23, 83-200 Starogard Gdański, drogą elektroniczną (sekretariat@dpsszpegawsk.pl), bądź listem na formularzu ofertowym (Załącznik Nr 1).
2. Oferta musi być opatrzona nazwą zamówienia: „Sukcesywna dostawa leków dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej im. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku (nie dotyczy ofert przesłanych faxem i drogą elektroniczną).
3. Osoba upoważniona do kontaktu z Wykonawcami:
   w sprawach merytorycznych związanych z przedmiotem zamówienia – Maciej Blok, tel. 58 56 214 61, wew. 234 email: m.blok@dpsszpegawsk.pl

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 - Formularz ofertowy
2. Załącznik nr 2A - Formularz cenowy
3. Załącznik nr 3 - Projekt umowy
4. Załącznik nr 4 - Klauzula informacyjna

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
im. dr J. M. Kopicza
w Szpęgawsku
mgr Anna Szwedowska

(podpis osoby upoważnionej)

ZAŁĄCZNIK NR 1 – FORMULARZ OFERTOWY

.....

(miejscowość, data)

Dom Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku
ul. Kasztanowa 23
83 - 200 Starogard Gdański

1. Przedmiot zamówienia .....

.....

2. Nazwa Wykonawcy .....

.....

3. Adres Wykonawcy .....

4. Adres email: .....

4. NIP/ REGON .....

5. Nr rachunku bankowego .....

6. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Cenę netto: .....zł.

Słownie: .....zł

Podatek VAT: .....zł

Słownie: .....zł

Cenę brutto: .....zł.

Słownie: .....zł

7. Deklaruję ponadto:

a) termin wykonania zamówienia:..... .....

b) okres gwarancji i rękojmi: ....

c) termin płatności: ....

d) ....

8. Oświadczam, że:

a) po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia nie wnosimy do niego zastrzeżeń,

b) w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

c) powyższa cena zawiera wszelkie koszty wykonania zamówienia jakie poniesie Zamawiający.

d) zapoznałem/-am się z zapytaniem ofertowym oraz innymi przekazanymi przez zamawiającego dokumentami dotyczącymi postępowania i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte.

e) przedmiot zamówienia będzie spełniał wymagania zamawiającego określone w dokumentach

wskazanych w pkt 8 lit. d).

f) spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w zapytaniu ofertowym.

g) wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskano w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.

9. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

....

pieczęć Wykonawcy (podpis osoby uprawnionej)

ZAŁĄCZNIK NR 2A - FORMULARZ CENOWY

Zestawienie leków - neuroleptyki

Lp.	Nazwa leku	Wielkość opakowania (ilość tabletek/ml w opakowaniu)	Szacowane zapotrzebowanie na 1 miesiąc - ilość opakowań	Cena jednostkowa brutto	Wartość brutto
1.	Absenor 300 mg	100	16		
2.	Absenor 500 mg	100	44		
3.	Abilify 15 mg	56	5		
4.	Akineton 2 mg	50	2		
5.	Amisan 200 mg	60	4		
6.	Amisan 400 mg	60	3		
7.	Amitryptylina 25 mg	60	2		
8.	Androcur 50 mg	50	3		
9.	Chlorprotixen 15 mg	50	20		
10.	Chlorprotixen 50 mg	50	16		
11.	Citabax 10 mg	28	2		
12.	Citobax 20 mg	28	6		
13.	Clopixol 10 mg	100	1		
14.	Clopixol 25 mg	100	2		
15.	Clopixol depot 200 mg	10	20		
16.	Clonazepam 2 mg	30	2		
17.	Decoldol 50 mg	5	3		
18.	Depakine chrono 500	30	46		
19.	Etopro 100 mg	28	4		
20.	Finlepsin 200 mg	50	30		
21.	Finlepsin 400 mg	50	8		
22.	Fluanxol Depot 20 mg/ml	1 ampułka	101		
23.	Fluoxelin 20 mg	30	3		
24.	Haloperidol 1 mg	40	14		
25.	Haloperidol 5 mg	30	22		

26.	Haloperidol krople	10 ml	36		
27.	Hydroxyzyna 25 mg	30	6		
28.	Ketrel 25 mg	30	2		
29.	Ketrel 200 mg	60	4		
30.	Symquel XR 300 mg	60	2		
31.	Klozapol 25 mg	50	25		
32.	Klozapol 100 mg	50	68		
33.	Lamitrin 100 mg	60	2		
34.	Latuda 74 mg	28	2		
35.	Lithium 250 mg	60	23		
36.	Lorafen 1 mg	25	1		
37.	Lorafen 2,5 mg	25	2		
38.	Miansec 30 mg	30	2		
39.	Mizodin 250 mg	60	2		
40.	Miravil 100 mg	30	2		
41.	Neurotop 300 mg	50	11		
42.	Neurotop 600 mg	50	3		
43.	Normeg 500 mg	50	1		
44.	Paroxinor 20	30	1		
45.	Pernazinum 25 mg	20	112		
46.	Pernazinum 100 mg	30	22		
47.	Pinexet 25 mg	30	3		
48.	Pinexet 200 mg	60	4		
49.	Pinexet 300 mg	60	4		
50.	Pridinol	50	4		
51.	Promazin 50 mg	60	4		
52.	Promazin 100 mg	60	3		
53.	Propranolol 10 mg	50	4		
54.	Rispolept 1 mg	20	6		
55.	Rispolit 100 ml - syrop	1	8		
56.	Rispolit 2 mg	20	20		
57.	Rispolit 3 mg	20	36		
58.	Rispolit 4 mg	20	16		

59.	Rispolept Consta 50 mg	1	7 amp.		
60.	Setaloft 50 mg	30	11		
61.	Solian 400 mg	30	7		
62.	Sulpiryd 50 mg	24	3		
63.	Tegretol 400 mg	30	21		
64.	Tiapridal 100 mg	20	2		
65.	Trileptal 300 mg	50	1		
66.	Trileptal 600 mg	50	6		
67.	Tritico 150 mg	60	1		
68.	Tritiico 75 mg	30	5		
69.	Tisercin 25 mg	50	134		
70.	Topamax 100 mg	28	4		
71.	Vinlecitine 75 mg	28	1		
72.	Xeplion 150 mg	1 ampułka	3		
73.	Zolaxa Rapid 5 mg	56	6		
74.	Zolaxa 10 mg	90	20		
75.	Zolaxa 15 mg	30	4		
76.	Zolaxa 20 mg	90	13		
77.	Zypadhera 300 mg	1	4		
78.	Zypsila 80 mg	56	1		
Razem					

ZAŁĄCZNIK NR 2B - FORMULARZ CENOWY

Zestawienie leków - ogólne

Lp.	Nazwa leku	Wielkość opakowania (ilość tabletek/ml w opakowaniu)	Szacowane zapotrzebowanie na 1 miesiąc - ilość opakowań	Cena jednostkowa brutto	Wartość brutto
1.	Aescin 20 mg	30	2		
2.	Amlozek 5 mg	30	7		
3.	Amlozek 10 mg	30	5		
4.	Ac. Folicum 15 mg	30	14		
5.	Apap	12	10		
6.	Apo-Naproxen 250 mg	30	3		
7.	Accu-Chek paski	50	10		
8.	Avedol 6,25 mg	60	2		
9.	Bioprazol 20 mg	56	4		
10.	Biosotal 40 mg	60	1		
11.	Beta ZK 100	30	2		
12.	Beta ZK 25	30	1		
13.	Bisocard 2,5 mg	30	12		
14.	Bisacodyl 5 mg	30	4		
15.	Bromergon 2,5 mg	30	2		
16.	Cavinton 10 mg	30	6		
17.	Diaprel 60 mg	30	3		
18.	Diaprel 30 mg	60	3		
19.	Digoxin 100 mg	30	2		
20.	Diosminex 1000 mg	60	4		
21.	Ditropan 5 mg	30	4		
22.	Duomox 1000 mg	20	3		
23.	Dalacin C 300 mg	16	3		
24.	Dopegyt	60	2		
25.	Doxar 4 mg	30	5		

26.	Encorton 5 mg	20	3		
27.	Encorton 10 mg	20	2		
28.	Enarenal 5 mg	30	3		
29.	Enarenal 10 mg	30	3		
30.	Euphyllina 300 long	30	3		
31.	Euthyrox 50 mg	100	1		
32.	Euthyrox 88 mg	100	1		
33.	Euthyrox 25mg	100	1		
34.	Euthyrox 100 mg	100	1		
35.	Euthyrox 125 mg	100	1		
36.	Espumisan	100	1		
37.	Furosemid 40 mg	30	10		
38.	Finaster 5 mg	60	4		
39.	Focusin	30	6		
40.	Flunarizina	30	2		
41.	Gripex	24	6		
42.	Hepatil	80	4		
43.	Heparegen 100 mg	100	1		
44.	Insulatard insulina wkład		1		
45.	Indix	90	3		
46.	Kalipoz	60	3		
47.	Karbis 16 mg	56	1		
48.	Loperamid	30	12		
49.	Memootropil 1200 mg	60	3		
50.	Metocard 50 mg	30	6		
51.	Madopar 125 mg	100	2		
52.	Madopar 62,5 mg	100	2		
53.	Madopar 250 mg	100	5		
54.	Mixtrad 50 insulina wkład		4		
55.	Metformax 850 mg	60	10		
56.	Metformax 500 mg	90	12		
57.	Metformax 1000 mg	60	7		
58.	Mononit 20 mg	60	1		

59.	Milurit 100 mg	50	3		
60.	Milurit 200 mg	50	6		
61.	Nolpaza 20 mg	56	4		
62.	Nolpaza 40 mg	56	2		
63.	Noliprel forte 625 mg	30	2		
64.	No-spa	20	10		
65.	Nebicard 5 mg	30	3		
66.	Ospamox 1000 mg	16	10		
67.	Octanisept 1l		3		
68.	Polocard 75 mg	60	6		
69.	Polocard 150 mg	60	4		
70.	Propranolol 10 mg	50	7		
71.	Propranolol 40 mg	50	1		
72.	Polpril 5 mg	28	12		
73.	Pulmeterol 120 dawka		4		
74.	Ramizek Combi	30	3		
75.	Rutinoscorbin	90	6		
76.	Scorbolamid	20	10		
77.	Solderol	2	15		
78.	Spironol 25 mg	100	3		
79.	Simvasterol 20 mg	28	6		
80.	Smecta	30	10		
81.	Szelazo	60	7		
82.	Tardyferon	30	10		
83.	Tertensif SR	30	10		
84.	Tulip 40 mg	30	3		
85.	Tulip 20 mg	30	13		
86.	Tulip 10 mg	90	1		
87.	Tritace 10 mg	28	5		
88.	Tritace comb. 5 mg	28	3		
89.	Theospirex 150 mg	50	3		
90.	Theospirex 300 mg	50	3		
91.	Thyrozol 5 mg	50	1		

92.	Warfin 5 mg	100	1		
93.	Venescin	30	3		
94.	Vicebrol 5 mg	50	3		
95.	Vinpocetine	50	1		
96.	Vinpoton 5 mg	90	3		
97.	Vitamina C 1000 mg	100	6		
98.	Zahron 5 mg	28	2		
99.	Zafiron wziewy dawka	120	3		
Razem					

ZAŁĄCZNIK NR 3 – PROJEKT UMOWY

Zawarta w dniu ..... pomiędzy:

Powiatem Starogardzkim NIP 592-205-78-38 reprezentowanym przez Dom Pomocy Społecznej w Szpęgawsku, ul. Kasztanowa 23, 83-200 Starogard Gdański, w imieniu którego działa Dyrektor Anna Szwedowska, na podstawie pełnomocnictwa nr OR.077.150.2016 z dnia 8 listopada 2016 roku zwanym dalej Zamawiającym

a

.....
.....

zwaną/ym dalej Wykonawcą,

została zawarta umowa następującej treści:

§1

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczać Zamawiającemu leki dla mieszkańców Domu, refundowane do wysokości limitu ceny na podstawie dostarczonych recept, zgodnie z ceną przedstawioną przez Wykonawcę w przedłożonej przez niego ofercie cenowej z dnia ..... stanowiącej integralną część niniejszej umowy.
2. Dostawa będzie realizowana wg bieżących potrzeb mieszkańców, na koszt Wykonawcy.
3. Wykonawca zobowiązuje się do stosowania zamienników poszczególnych leków według potrzeb Zamawiającego stosując kryterium niższej ceny, uwzględniając jednocześnie dostępność danego leku w sprzedaży.
4. Dostawy będą realizowane na podstawie m.in. Ustawy o Refundacji Leków, Środków Spożywczych Specjalnego Przeznaczenia Żywieniowego oraz Wyrobów Medycznych z 12 maja 2011 Dz.U. 122/2011 poz. 696, Ustawy o Świadczeniach Opieki Zdrowotnej Finansowanych ze Środków Publicznych z 27.08.2004 r. Dz.U. Nr 164 z 2008 r. poz. 271 z późniejszymi zmianami, Ustawy Prawo Farmaceutyczne z 06.09.2001 Dz.U. Nr 126 poz. 1381 z późniejszymi zmianami oraz Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych.

§2

1. Niniejsza Umowa obowiązuje od dnia 30.05.2023 r. do dnia 29.05.2024 r.

§3

1. Wynagrodzenie za poszczególne dostawy będzie płatne na rachunek bankowy Wykonawcy o numerze: ..... w terminie 30 dni od daty dostarczenia faktury do siedziby Zamawiającego.
2. Za datę realizacji płatności uważa się datę wydania przez Zamawiającego polecenia zapłaty.
3. Apteką realizującą zamówienia jest:
   .....

§4

1. Wykonawca jest odpowiedzialny za jakość i terminowość realizowanych usług.
2. Wszelkie zmiany umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej.
3. Każda ze stron ma prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.

§5

1. Zamawiający może odstąpić od umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku powtarzających się nieterminowych, niekompletnych i nieodpowiednich dostaw.
2. Wykonawca ma prawo odstąpić od umowy w przypadku powtarzającego się nieterminowego płacenia faktur.

§6

1. Sprawy sporne wynikające z treści niniejszej umowy, będą rozstrzygnięte przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Zamawiającego.

§7

2. W sprawach nieuregulowanych treścią niniejszej umowy mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§8

3. Niniejsza umowa sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

ZAMAWIAJĄCY

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
im. dr J. Antkiewicza
w Szczawnie-Kunicy
mgr Anna Szwedowska

.....

WYKONAWCA

.....

ZAŁĄCZNIK NR 4 - KLAUZULA INFORMACYJNA

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY REALIZOWANY WOBEC OSÓB BIORĄCYCH UDZIAŁ W ZAMÓWIENIAU PUBLICZNYM

Obowiązek informacyjny wynikający z RODO.

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", informujemy, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dom Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku, ul. Kasztanowa 23, 83-200 Starogard Gdański, tel. 58 56 214 61, email: sekretariat@dpsszpegawsk.pl
- inspektorem ochrony danych osobowych w Domu Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku, ul. Kasztanowa 23, 83-200 Starogard Gdański jest Pani Anna Dudek, email: iodo@dpsszpegawsk.pl;
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego „Usługi pralnicze dla potrzeb Domu Pomocy Społecznej im. dr. Józefa Marcelego Kopicza w Szpęgawsku", prowadzonym w trybie zapytania ofertowego;
- odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 i 2018), dalej „ustawa Pzp";
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
- obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
- w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- posiada Pani/Pan:
  - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
  - 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 wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- nie przysługuje Pani/Panu:
  - 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 Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.