***Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego***

***(Załącznik nr 2 do Umowy nr ……../2024 z dnia …………..2024 r.)***

**FORMULARZ OFERTY**

**na:**

***Świadczenie usług medycznych na rzecz kandydatów do pracy, pracowników Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA z siedzibą w Warszawie, jego zespołów terenowych oraz komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych***

**Znak sprawy:** **ZER-ZAK-12/2024**

|  |
| --- |
| *………………………………………………………*  *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**

* 1. 1. W odpowiedzi na Zapytanie ofertoweskładam(y) niniejszą ofertę oświadczając, że oferuję(emy) wykonanie zamówienia, zgodnie z wymaganiami określonymi w Zapytaniu ofertowym za maksymalną:

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

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

słownie brutto: ……………………………………………………………………….…… …/100

zgodnie z wyszczególnieniem, określonym w Tabeli nr 1:

**Tabela nr 1.**

| **Lp.** | **Rodzaj stanowiska** | **Rodzaj**  **badania** | **Szacowana liczba osób do badań\*\*\*** | **Cena jednostkowa netto (w zł)\*** | **Rodzaj badania** | **Szacowana liczba osób do badań\*\*\*** | **Cena jednostkowa netto (w zł)\*** | **Wartość netto bez VAT**  **(w zł)\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9=kol.(4x5)+(7x8)*** |
|  | Kadra kierownicza/decyzyjna (Dyrektor, Z-ca Dyrektora, Naczelnik, Z-ca Naczelnika, Główny Księgowy, Kierownik Zespołu Terenowego) | wstępne, okresowe | 19 | ………… | kontrolne | 5 | …………. | …………… |
|  | Pracownicy administracyjno- biurowi | wstępne, okresowe | 91 | ………… | kontrolne | 20 | …………. | …………… |
|  | Pracownicy administracyjno-biurowi Zespół terenowy w Częstochowie | wstępne, okresowe | 2 | …………. | kontrolne | 2 |  |  |
|  | Pracownicy administracyjno- biurowi  Informatyk sieciowiec  i serwis komputerowy | wstępne, okresowe | 3 | ………… | kontrolne | 1 | …………. | …………… |
|  | Pracownicy obsługi infolinii (centralnej) | wstępne, okresowe | 11 | ………… | kontrolne | 3 | …………. | …………… |
|  | Pracownicy obsługi punktu klienta | wstępne, okresowe | 16 | ………… | kontrolne | 5 | …………. | …………… |
|  | Pracownicy obsługi dokumentacji (archiwum, składnica akt) | wstępne, okresowe | 5 | ………… | kontrolne | 2 | …………. | …………… |
|  | Stanowiska techniczne: Kierowcy | wstępne, okresowe | 5 | ………… | kontrolne | 1 | …………. | …………… |
|  | Stanowiska techniczne: Magazynier | wstępne, okresowe | 1 | ………… | kontrolne | 1 | …………. | …………… |
|  | Stanowiska techniczne: Pracownicy gospodarczy (konserwator) | wstępne, okresowe | 2 | ………… | kontrolne | 1 | …………. | …………… |
|  | Przewodniczący,  Zastępca Przewodniczącego,  Lekarz Orzecznik  Komisji lekarskich | wstępne, okresowe | 34 | ………… | kontrolne | 16 | …………. | …………… |
|  | Pracownicy biurowi w Komisjach lekarskich | wstępne, okresowe | 23 | ………… | kontrolne | 16 | ………….. | …………… |
|  | Udział lekarza medycyny pracy ( minimum 4 spotkania) w:  - zakładowej komisji BHP,  - dokonywaniu i aktualizacji oceny ryzyka zawodowego,  - opiniowaniu spraw związanych z wypadkami przy pracy | | | | | | | **……………** |
| **14.** | **ŁĄCZNA CENA NETTO (*suma pozycji od nr 1 do nr 13 w kolumnie nr 9*)\*:** | | | | | | | **……………** |
| **15.** | 10% wartości ceny brutto na usługi medyczne nieprzewidziane w niniejszym formularzu (10% należy wyliczyć od łącznej ceny netto) | | | | | | | **……………** |
| **16.** | **ŁĄCZNA CENA NETTO (*poz. 14 + poz. 15 w kolumnie nr 9* )\*:** | | | | | | | **……………** |
| **17.** | **STAWKA PODATKU VAT\*: (*dotyczy tylko poz. 13*)** | | | | | | | **……………** |
| **18.** | **ŁĄCZNA CENA BRUTTO (*poz. 16 + poz. 17*)\*:** | | | | | | | **……………** |

**Uwaga!**

**\*Ceny należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, zaokrąglając zgodnie z zasadami określonymi w pkt 6.4. Zapytania ofertowego,**

**\*\* 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 netto o wartości „0” (definicję ceny zawiera ustawa z dnia 9 maja 2014 r. o informowaniu o cenach towarów i usług (Dz. U. z 2023 r. poz. 168).**

1. **Liczba placówek własnych Wykonawcy (L):** ………………………..
2. Podstawa prawna zastosowania stawki podatku od towarów i usług (VAT) innej niż stawka podstawowa lub zwolnienia z podatku od towarów i usług (VAT)………………...…\*\* (jeśli dotyczy)

3. Nr rachunku bankowego Wykonawcy do wykonywania płatności w ramach umowy: ………………………………………………………………………………………………………

1. Zamówienie zrealizuję(emy):

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

**1** z udziałem niżej wskazanych Podwykonawców:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Firma i adres Podwykonawcy | Część zamówienia, której wykonanie zostanie powierzone Podwykonawcy |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

1. Przedmiot zamówienia zrealizuję(emy) w terminie wymaganym przez Zamawiającego, na zasadach określonych w Zapytaniu ofertowym.
2. Zapoznałem(liśmy) się ze Wzorem umowy, który jest integralną częścią Zapytania ofertowego   
   i akceptuję(emy) go bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję(emy) się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na określonych przez Zamawiającego w Zapytaniu ofertowym warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oferta jest dla mnie/nas wiążąca przez okres wskazany w pkt 13.1. Zapytania ofertowego.
4. Oświadczam(y), że wypełniłem(liśmy) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[2]](#footnote-2) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem(liśmy) w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*
5. Oświadczam(y), że nie przekazuję(emy) danych osobowych innych niż bezpośrednio mnie/nas dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO.\*\*

*\* należy skreślić w przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art.13 ust. 4 lub art.14 ust. 5 RODO*

*\*\* należy skreślić w przypadku, gdy Wykonawca wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu*

1. Oświadczam(y), że:

**[[3]](#footnote-3)**jestem(śmy) mikroprzedsiębiorstwem

**3**jestem(śmy) małym przedsiębiorstwem

**3** jestem(śmy) średnim przedsiębiorstwem

**3** jestem(śmy) jednoosobową działalnością gospodarczą

**3** jestem(śmy) osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

**3** jestem(śmy) innym rodzajem

*Informacje 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 4 do Zapytania ofertowego***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | **Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Świadczenie usług medycznych na rzecz kandydatów do pracy, pracowników Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA z siedzibą w Warszawie, jego zespołów terenowych oraz komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*):** | **ZER-ZAK-12/2024** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ………………………………………………  ……………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej VAT (NIP):** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:** | ……………………………………………… |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam(y), że nie podlegam(y) wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507).

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam(y), że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

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

***Załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | **Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Świadczenie usług medycznych na rzecz kandydatów do pracy, pracowników Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA z siedzibą w Warszawie, jego zespołów terenowych oraz komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający  (*jeżeli dotyczy*):** | **ZER-ZAK-12/2024** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ………………………………………………  ……………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej VAT (NIP):** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:** | ……………………………………………… |

**oświadczenie**

**o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu wskazane w pkt 7.1. lit. c) Zapytania ofertowego**

Ubiegając się o udzielenie przedmiotowego zamówienia publicznego, oświadczam(y), że spełniamy warunki udziału w postępowaniu, czyli:

1. Posiada aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę, zgodnie z art. 103 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799);
2. Dysponuje odpowiednią kadrą medyczną, tj. odpowiednią liczbą lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie medycyny pracy spełniających wymagania kwalifikacyjne zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 1465) oraz innej specjalizacji medycznej niezbędnej do prawidłowego przeprowadzenia kompleksowego badania profilaktycznego, gwarantującą ciągłość świadczeń podczas realizacji przedmiotu zamówienia.

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

***Załącznik nr 6 do Zapytania ofertowego***

***Załącznik nr 4 do Umowy nr ………/2024 z dnia ………… 2024 r.***

**Zestawienie lokalizacji Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA z siedzibą w Warszawie, jego zespołów terenowych oraz komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych oraz placówek Wykonawcy lub Podwykonawcy – w ramach realizacji Umowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | | **Lokalizacje Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA, jego zespołów terenowych oraz komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych** | | | | | | **Placówki Wykonawcy lub Podwykonawcy w ramach realizacji Umowy** | | | | |
| **Nazwa Jednostki** | | **Siedziba (kod pocztowy, miejscowość)** | **Adres (ulica, nr)** | | | **Nazwa Placówki** | **Siedziba (kod pocztowy, miejscowość)** | | | **Adres (ulica, nr)** |
| *1.* | | *2.* | | *3.* | *4.* | | | *5.* | *6.* | | | *7.* |
| **WARSZAWA** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zakład Emerytalno-Rentowy MSWiA | | 02-106 Warszawa | Pawińskiego 17/21 | | | ………………………… | …………………………….. | | | …………………………. |
|  | | Centralna Komisja Lekarska w Warszawie | | 02-567 Warszawa | Sandomierska 5/7 | | | ………………………… | …………………………… | | | …………………………. |
| **BIAŁYSTOK** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Białymstoku | | 15-003 Białystok | H. Sienkiewicza 65 | | | ……………………….. | …………………………… | | | …………………………. |
|  | | Podlaska Rejonowa Komisja Lekarska  w Białymstoku | | 15-482 Białystok | Fabryczna 27 | | | ………………………… | …………………………… | | | ………………………… |
| **BYDGOSZCZ** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Bydgoszczy | | 85-090 Bydgoszcz | Powstańców Wielkopolskich 7 | | | ……………………….. | ……………………….. | | | ………………………. |
|  | | Kujawsko-Pomorska Rejonowa Komisja Lekarska w Bydgoszczy | | 85-074 Bydgoszcz | Kopernika 14 | | | ……………………….. | ……………………………. | | | ………………………. |
| **CZĘSTOCHOWA** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Częstochowie | | 42-200 Częstochowa | Ks. Jerzego Popiełuszki 5 | | | ……………………….. | ………………………….. | | | ……………………….. |
| **GDAŃSK** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Gdańsku | | 80-819 Gdańsk | Okopowa 15 | | | …………………………. | ……………………………… | | | ………………………. |
|  | | Pomorska Rejonowa Komisja Lekarska w Gdańsku | | 80-104 Gdańsk | Kartuska 4/6 | | | ………………………… | …………………………. | | | ………………………. |
| **GORZÓW WIELKOPOLSKI** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Gorzowie Wielkopolskim | | 66-400 Gorzów Wielkopolski | Kwiatowa 10 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |
| **JELENIA GÓRA** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Jeleniej Górze | | 58-500 Jelenia Góra | Nowowiejska 43 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |
| **KATOWICE** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Katowicach | | 40-038 Katowice | Lompy 19 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |
|  | | Śląska Rejonowa Komisja Lekarska  w Katowicach | | 40-012 Katowice | Św. Jana 10 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |
| **KIELCE** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Kielcach | | 25-366 Kielce | Śniadeckich 14 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |
|  | | Świętokrzyska Rejonowa Komisja Lekarska w Kielcach | | 25-375 Kielce | Wojska Polskiego 51 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |
| **KRAKÓW** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Krakowie | | 31-571 Kraków | Mogilska 109 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |
|  | | Małopolska Rejonowa Komisja Lekarska w Krakowie | | 30-033 Kraków | Pl. Inwalidów 3 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |
| **KOSZALIN** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Koszalinie | | 75-009 Koszalin | J. Słowackiego 11 | | | ……………………….. | ……………………….. | | | ……………………….. |
| **LESZNO** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Lesznie | | 64-100 Leszno | 17-go Stycznia 8 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |
| **LUBLIN** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Lublinie | | 20-019 Lublin | G. Narutowicza 73 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |
|  | | Lubelska Rejonowa Komisja Lekarska  w Lublinie | | 20-074 Lublin | Spokojna 3 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |
| **ŁÓDŹ** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Łodzi | | 91-048 Łódź | Lutomierska 108/112 | | | ……………………….. | ……………………….. | | | ……………………….. |
|  | | Łódzka Rejonowa Komisja Lekarska w Łodzi | | 91-425 Łódź | Północna 42 | | | ……………………….. | ……………………….. | | | ……………………….. |
| **NOWY SĄCZ** | | | | | | | | | | | | |
|  | Zespół terenowy w Nowym Sączu | | 33-300 Nowy Sącz | | | Pułku Strzelców Podhalańskich 5 |  | | |  |  | |
| **OLSZTYN** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Olsztynie | | 10-542 Olsztyn | Osińskiego 12/13 | | | ……………………….. | ……………………….. | | | ……………………….. |
|  | | Warmińsko-Mazurska Rejonowa Komisja Lekarska w Olsztynie | | 10-228 Olsztyn | Al. Wojska Polskiego 37 | | | ……………………….. | ……………………….. | | | ……………………….. |
| **OPOLE** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Opolu | | 45-087 Opole | Powstańców Śląskich 20 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |
|  | | Opolska Rejonowa Komisja Lekarska  w Opolu | | 45-075 Opole | Krakowska 44 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |
| **POZNAŃ** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Poznaniu | | 60-844 Poznań | J. Kochanowskiego 2a | | | ……………………….. | ……………………….. | | | ……………………….. |
|  | | Wielkopolska Rejonowa Komisja Lekarska w Poznaniu | | 60-631 Poznań | Dojazd 34 | | |  |  | | |  |
| **RADOM** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Radomiu | | 26-616 Radom | Limanowskiego 95 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |
| **RZESZÓW** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Rzeszowie | | 35-036 Rzeszów | Dąbrowskiego 30 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |
|  | | Podkarpacka Rejonowa Komisja Lekarska w Rzeszowie | | 35-111 Rzeszów | Krakowska 16 H | | |  |  | | |  |
| **SZCZECIN** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Szczecinie | | 70-515 Szczecin | Małopolska 47 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |
|  | | Zachodniopomorska Rejonowa Komisja Lekarska w Szczecinie | | 71-422 Szczecin | Piotra Skargi 16 | | | ……………………….. | ……………………….. | | | ……………………….. |
| **WROCŁAW** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy we Wrocławiu | | 50-040 Wrocław | Podwale 31-33 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |
|  | | Dolnośląska Rejonowa Komisja Lekarska we Wrocławiu | | 53-501 Wrocław | Grabiszyńska 35-39 | | |  |  | | |  |
| **ZAMOŚĆ** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Zespół terenowy w Zamościu | | 22-400 Zamość | Prymasa St. Wyszyńskiego 2 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |
| **ZIELONA GÓRA** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Lubuska Rejonowa Komisja Lekarska w Zielonej Górze | | 65-044 Zielona Góra | Wazów 42 | | |  | ……………………….. | | | ……………………….. |

1. Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację. [↑](#footnote-ref-1)
2. Rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE L z 4 maja 2016 r. nr 119/1 z późn. zm.) [↑](#footnote-ref-2)
3. Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację. [↑](#footnote-ref-3)