

ZAPYTANIE OFERTOWE

I. Tryb udzielania zamówienia:

Zamówienie ww. usług wyłączone spod stosowania ustawy Prawo zamówień publicznych – nie przekracza kwoty 130.000,00 zł

II. Tytuł zamówienia:

„Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej na rzecz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności w ramach realizacji programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2022”

III. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

Lp.	Nazwa	Ilość
1.	Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych tj dla: a) 6 osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności b) 1 dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności sprzężonej c) zadanie realizowane zgodnie z harmonogramem Zamawiającego, możliwość wykonania usługi opieki wytchnieniowej przez 7 dni w tygodniu.	240 godz na każdego uczestnika łącznie: 7 os. x240h=1680 godz
2.	Opieka wytchnieniowa - ma polegać na czasowym odciążeniu członków rodziny lub opiekunów osób niepełnosprawnych od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki, zapewnienie czasu na odpoczynek i regenerację, zapewnienie opieki osobie niepełnosprawnej na czas, gdy nie może sprawować jej opiekun faktyczny poprzez: <ul style="list-style-type: none">· pomoc w zaspakajaniu potrzeb życiowych· zapewnienie opieki higieniczno-sanitarnej· zapewnienie zleconej przez lekarza pielęgnacji· zapewnienie w miarę możliwości kontaktów z otoczeniem	
3.	Usługi świadczone będą w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej na terenie gminy Kalwaria Zebrzydowska. Przewiduje się realizację zadania przez dwóch opiekunów (średnio 1 opiekun na 3 – 4 osób)	
4.	Wymagania: <ul style="list-style-type: none">· Dyplom w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej lub pielęgniarka· lub ukończony kurs dla opiekuna· Posiadanie minimum rocznego udokumentowanego doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym· Posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na realizację zadania· Znajomość przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 o pomoc społecznej· Umiejętność skutecznego komunikowania się· Umiejętność organizowania pracy w domu chorego	

- Znajomość topografii miasta i gminy Kalwaria Zebrzydowska
- Posiadanie prawa jazdy kat. B

Preferowane cechy osobowościowe kandydatów

- Empatia
- Komunikatywność
- Odpowiedzialność
- Rzetelność
- Obowiązkowość
- Zaangażowanie i odporność na stres
- Uczciwość
- Cierpliwość

Zakres wykonywanych zadań na stanowisku

- pomoc w zaspakajaniu potrzeb życiowych
- zapewnienie opieki higieniczno-sanitarnej
- zapewnienie zleconej przez lekarza pielęgnacji
- zapewnienie w miarę możliwości kontaktów z otoczeniem

Wymagane dokumenty

- kserokopie dokumentów potwierdzających uprawnienia zawodowe i doświadczenie
- oświadczenie oferenta o braku przeciwwskazań zdrowotnych do realizacji zadania
- oświadczenie o niekaralności

Warunki zatrudnienia

- umowa zlecenie od dnia podpisania umowy do dnia 30.11.2022r (w przypadku osób fizycznych)
- umowa na wykonanie usługi od dnia podpisania umowy do dnia 30.11.2022. (w przypadku osób prowadzących działalność i wystawiających fakturę oraz organizacji pozarządowych)

IV. Lista dokumentów/oświadczeń wymaganych od Wykonawcy;

Należy przedłożyć następujące dokumenty:

W przypadku osoby nie prowadzącej działalności gospodarczej:

- a) formularz oferty – na formularzu stanowiącym zał. nr 1 do zapytania ofertowego
- b) kserokopie dokumentów potwierdzających uprawnienia zawodowe i doświadczenie
- c) oświadczenie oferenta o braku przeciwwskazań zdrowotnych realizacji zadania
- d) oświadczenie o niekaralności

W przypadku firm lub osoby prowadzącej działalność gospodarczą:

- a) formularz oferty – na formularzu stanowiącym zał. nr 1 do zapytania ofertowego;
- b) wykaz osób – na formularzu stanowiącym zał. nr 3 do zapytania ofertowego wraz z załącznikami;
- c) wykaz wykonanych usług – na formularzu stanowiącym zał. nr 2 do zapytania ofertowego wraz z załącznikami.

V. Warunki zmiany umowy:

Zamawiający dopuszcza możliwość zmian postanowień zawartej umowy. Wprowadzone

zmiany dotyczyć mogą w szczególności:

- a) zmiany osoby wymienionej w wykazie osób załączonym do oferty w przypadku zaistnienia jakichkolwiek przyczyn losowych lub innych zdarzeń niezależnych od Wykonawcy, skutkujących koniecznością zmiany osoby. Wykonawca zobowiązany jest do zastąpienia jej osobą i potwierdzenia, że każda nowa osoba spełnia wymagania określone w zapytaniu ofertowym.
- b) terminu wykonania zamówienia w przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających realizację usługi.

Zmiany wprowadzone zostaną pod rygorem nieważności w formie pisemnej po wcześniejszym zgłoszeniu przez którąkolwiek ze stron umowy faktu zaistnienia okoliczności, warunkującej konieczność wprowadzenia zmiany. Wzór umowy stanowi załącznik nr 4 do zapytania ofertowego.

VI. Ocena oferty

Kryteria oceny i opis sposobu przyznawania punktacji:

Zamawiający przy wyborze oferty będzie się kierować następującymi kryteriami:

Cena brutto (C): 100%

Opis sposobu obliczania punktacji w kryterium **cena (K1) - 100%**

Obliczenia punktacji, zgodnie z wyżej wskazanymi kryteriami, zostaną dokonane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, wg poniższego wzoru:

$$C = (C_N : C_O) \times 100$$

Gdzie:

C – oznacza liczbę punktów uzyskanych w kryterium cena oferty brutto (z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku) - 1 % = 1 pkt

C_N - oznacza cenę brutto najtańszej z ofert,

C_O - oznacza cenę brutto ocenianej oferty.

C - wynik oceny – całkowita liczba punktów

Jako najkorzystniejsza zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą łączną ocenę w wyżej wymienionym kryterium oceny ofert. Pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością przyznanych punktów.

Zamawiający podpisze umowę z Wykonawcą, który przedłoży najkorzystniejszą ofertę.

O podpisaniu umowy Zamawiający powiadomi wybranego Wykonawcę.

VII. Termin związania ofertą

Wykonawca jest związany ofertą przez 14 dni (bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania oferty). Wykonawca samodzielnie lub na wniosek Zamawiającego może przedłużyć termin związania z ofertą.

VIII. Opis sposobu obliczania ceny

- 1) Cenę należy wskazać na formularzu oferty, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do zapytania ofertowego. W formularzu oferty należy podać cenę za godzinę brutto.
- 2) Cena powinna być podana w złotych wraz ze wszystkimi należnymi podatkami i obciążeniami. Przy obliczaniu ceny brutto w przypadku Wykonawcy będącego osobą fizyczną należy uwzględnić wszystkie koszty wynikające z zawartej umowy, w tym koszty leżące po stronie Wykonawcy i Zamawiającego (np. ZUS, FP, US).
- 3) Cena ofertowa musi uwzględniać wszystkie należne wykonawcy elementy wynagrodzenia wynikające z tytułu przygotowania oferty, realizacji i rozliczenia przedmiotu zamówienia.
- 4) W wyniku nieuwzględnienia okoliczności, które mogą wpłynąć na cenę zamówienia, Wykonawca ponosić będzie skutki błędów w ofercie. Od Wykonawcy wymagane jest bardzo szczegółowe zapoznanie się z przedmiotem zamówienia, a także sprawdzenie warunków wykonania zamówienia i skalkulowanie ceny oferty z należytą starannością.
- 5) Cena ma być wyrażona w złotych polskich netto i brutto z uwzględnieniem należnego podatku VAT. Cenę oferty należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
- 6) Dla porównania ofert zamawiający przyjmuje cenę brutto stanowiącą wycenę całości przedmiotu zamówienia, określoną w formularzu ofertowym.

IX. Miejsce, sposób i termin składania ofert

Ofertę należy przygotować zgodnie z formularzem ofertowym stanowiącym załącznik do niniejszego zapytania.

Oferty można składać:

- listownie na adres: Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kalwarii Zebrzydowskiej, Al. Jana Pawła II 7, 34-130 Kalwaria Zebrzydowska z dopiskiem: **„Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej na rzecz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności w ramach realizacja programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2022”**
- osobiście w biurze podawczym (parter pok. nr 24 A) Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kalwarii Zebrzydowskiej, Al. Jana Pawła II 7, 34-130 Kalwaria Zebrzydowska z dopiskiem: **„Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej na rzecz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami ze znacznym stopniem**

niepełnosprawności w ramach realizacja programu „ Opieka wytchnieniowa” - edycja 2022”

- elektronicznie na adres email: iodo@mgopska.wariaz.com.pl

Termin składania ofert upływa **23.03.2022r. do godz. 12.00.**

X. Dane do kontaktu w sprawie ogłoszenia

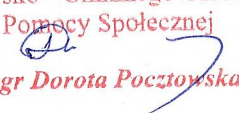
Kazimiera Madej - tel.33/876-47-56, 33/876-51-66

XI. Opis przygotowania oferty

Zgodnie z formularzem ofertowym stanowiącym załącznik do niniejszego zapytania. Koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi składający ofertę. Ewentualne poprawki w ofercie muszą być naniesione czytelnie oraz opatrzone czytelnym podpisem osoby/osób sporządzających ofertę. Prawidłowe ustalenie stawki podatku VAT należy do obowiązków Wykonawcy.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość zmiany warunków lub terminów prowadzonego postępowania ofertowego. Wszelkie zmiany zostaną opublikowane w miejscach publikacji zapytania ofertowego.

Zamawiający

Kierownik
Miejsko - Gminnego Ośrodka
Pomocy Społecznej

mgr Dorota Poczowska

FORMULARZ OFERTY

Nazwa Wykonawcy:

.....
REGON NIP

Adres.....

powiat

województwo

tel. fax. e-mail.

Nawiązując do prowadzonego postępowania na realizację zamówienia pn.:

„Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej na rzecz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności w ramach realizacja programu „ Opieka wytchnieniowa” - edycja 2022”

składam następującą ofertę:

1. Oferuję wykonanie całości przedmiotu zamówienia przy wynagrodzeniu za godzinę brutto wynoszącym..... PLN
(słownie:.....),
stawka podatku VAT wynosi%,
cena netto za godzinę wynosi PLN.
2. Termin wykonania zamówienia: **od dnia podpisania umowy do 30.11.2022 r.**
3. Termin związania ofertą: 14 dni licząc od dnia upływu składania oferty.
4. Oświadczam, że zaoferowana cena brutto zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
5. Oświadczam, że uzyskałem/am wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
6. Oświadczam, że zapoznałem/am się ze wzorem umowy i zobowiązuje się, w przypadku wyboru naszej oferty, do jej zawarcia w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
7. Przyjmuje do realizacji postawione przez zamawiającego w zapytaniu ofertowym warunki.
8. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną ochrony danych osobowych.
9. Oświadczam, że akceptujemy warunki załączonego do zapytania ofertowego projektu umowy i zobowiązujemy się do podpisania umowy w przypadku wyboru naszej oferty w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
10. Zobowiązujemy się do wykonania zamówienia w terminie oraz w sposób zgodny z warunkami / wymaganiami organizacyjnymi określonymi w zapytaniu ofertowym.
11. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14

RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć firmy, podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

WYKAZ USŁUG

wykonanych w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie posiada minimum roczny staż pracy z osobami niepełnosprawnymi:

L.p.	Przedmiot zamówienia /staż pracy z osobami niepełnosprawnymi	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Nazwa odbiorcy

UWAGA!!

Do wykazu należy załączyć referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane, potwierdzające należyte wykonanie usług. Dokumenty potwierdzające należyte wykonanie usług winny zostać złożone w oryginale lub w formie kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć firmy, podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

WYKAZ OSÓB
którymi będzie dysponował Wykonawca w realizacji zamówienia

1.
(imię i nazwisko)

- Ukończony kurs dla opiekuna (dokument potwierdzający w załączeniu);
- Posiada minimum roczny staż pracy z osobami niepełnosprawnymi (dokument potwierdzający w załączeniu);
- Posiada stan zdrowia pozwalający do świadczenia usług jako opiekunka
- Posiada znajomość przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 o pomoc społecznej
- Posiada umiejętność skutecznego komunikowania się
- Posiada umiejętność organizowania pracy w domu chorego
- Posiada znajomość topografii miasta i gminy Kalwaria Zebrzydowska
- Posiada prawa jazdy kat. B

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć firmy, podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Umowa

zawarta w Kalwarii Zebrzydowskiej w dniu pomiędzy:

Gminą Kalwaria Zebrzydowska z siedzibą: ul. Mickiewicza 7, 34-130 Kalwaria Zebrzydowska,

NIP – 5511158182, w imieniu której działa Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kalwarii Zebrzydowskiej, z siedzibą przy Al. Jana Pawła II 7, 34-130 Kalwaria Zebrzydowska, reprezentowany przez Dorotę Pochtowską – Kierownika Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kalwarii Zebrzydowskiej Al. Jana Pawła II 7, 34-130 Kalwaria Zebrzydowska

a

.....
..... z siedzibą w
NIP:, zwanym/-ą w dalszej części umowy „Wykonawcą”, reprezentowanym przez:

.....
.....

§1

Przedmiotem zamówienia jest

„Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej na rzecz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności w ramach realizacja programu „ Opieka wytchnieniowa” - edycja 2022”

§ 2

1. Wykonawca zrealizuje zadanie określone w „Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia” w zapytaniu ofertowym w terminie do 30.11.2022r. zgodnie z przedłożoną ofertą z dnia
2. Zamawiający potwierdzi wykonanie czynności, o których mowa w ust. 1 za każdy miesiąc, w którym realizowana jest usługa kartą rozliczenia usług opieki wytchnieniowej

w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2022r stanowiącą załącznik nr 1 do umowy, która jest podstawą do wystawienia faktury/rachunku.

3. Fakturę/rachunek należy przedłożyć najpóźniej do 5 dnia roboczego kolejnego miesiąca.

§ 3

1. Wysokość wynagrodzenia przysługującego Wykonawcy za wykonanie przedmiotu umowy ustalona została na podstawie oferty Wykonawcy i wynosi
..... zł brutto (słownie zł 00/100) za 1 godzinę wykonywanej usługi.
2. Termin zapłaty faktury/rachunku za wykonanie przedmiotu umowy ustala się do 30 dni od daty dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury/rachunku, z zastrzeżeniem § 2, ust.2.
3. Fakturę/rachunek należy sporządzić wg następującego wzoru:

Nabywca - **Gmina Kalwaria Zebrzydowska**
ul. Mickiewicza 7
34-130 Kalwaria Zebrzydowska,
NIP – 5511158182,

Odbiorca - **Miejsko - Gminny**
Ośrodek Pomocy Społecznej
Al. Jana Pawła II 7
34-130 Kalwaria Zebrzydowska

4. Wynagrodzenie przysługujące Wykonawcy jest płatne przelewem na jego konto wskazane na fakturze.
5. Przelew wierzytelności wymaga zgody Zamawiającego.

§ 4

Wykonawca zobowiązuje się wykonać przedmiot umowy z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami, standardami oraz postanowieniami umowy.

§ 5

1. Strony zastrzegają sobie prawo do dochodzenia kar umownych za niezgodne z umową lub nienależyte wykonanie zobowiązań wynikających z umowy.
2. Wykonawca zapłaci zamawiającemu karę umowną w przypadku:
 - a) odstąpienia od umowy wskutek okoliczności, za które odpowiada Wykonawca w wysokości 10% wartości brutto wynagrodzenia określonego w § 3 ust. 1,
 - b) zwłoki w wykonaniu przedmiotu umowy w wysokości 0,5% wartości brutto wynagrodzenia określonego w § 3 ust. 1 za każdy dzień zwłoki,

- c) zwłoki w usunięciu wad przedmiotu umowy w wysokości 0,5% wartości brutto wynagrodzenia określonego w § 3 ust. 1 za każdy dzień zwłoki, licząc od następnego dnia po upływie terminu określonego przez Strony w celu usunięcia wad.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo potrącenia ewentualnych kar umownych z należnego wynagrodzenia określonego w § 3 ust. 1.
 4. Jeżeli kara nie pokrywa poniesionej szkody, Strony mogą dochodzić odszkodowania uzupełniającego.
 5. Zamawiający ma prawo odstąpić od umowy w razie niewykonania lub nienależytego wykonania umowy przez Wykonawcę w terminie 14 dni od daty stwierdzenia tych faktów.

§ 6

1. Wszelkie oświadczenia Strony umowy składają na piśmie, pod rygorem nieważności.
2. Wszelkie zmiany lub uzupełnienia niniejszej umowy mogą nastąpić za zgodą Stron w formie pisemnego aneksu pod rygorem nieważności.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 8

Sądem właściwym dla rozstrzygania sporów, które wynikają z realizacji niniejszej umowy będzie sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.

§ 9

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach: jeden dla Zamawiającego i jeden dla Wykonawcy.

ZAMAWIAJĄCY

WYKONAWCA

.....

.....

**Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”
– edycja 2022**

I. Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

III. Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

- Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: diennej, całodobowej*
- Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:
- Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej:
.....

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/ członka rodziny/opiekuna
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/ członka rodziny/opiekuna
8.						
9.						
10.						

4. Łączna liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej w formie:

- 1) dziennej wynosi godzin,
- 2) całodobowej wynosidni,

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

.....
Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

**Należy podkreślić realizowaną formę usług*

Klauzula informacyjna:

Zgodnie z art. 13 ogólnego 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) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kalwarii Zebrzydowskiej, al. Jana Pawła II 7, 34-130 Kalwaria Zebrzydowska
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kalwarii Zebrzydowskiej **w celu przeprowadzenia rozeznania cenowego na realizację zadania pn. „Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej na rzecz opiekuna sprawującego bezpośrednią opiekę nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności w ramach realizacji programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2022”.**
3. Podstawa prawna:
 - *ROZPORZĄDZENIE 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) art. 6 ust.1 lit. c, b RODO;*
4. Inspektor Ochrony Danych w MGOPS, kontakt: al. Jana Pawła II 7, 34-130 Kalwaria Zebrzydowska, tel: 33-876-51-66, e- mail: iodo@mgopskalwariaz.com.pl.
5. Dane osobowe Wykonawcy oraz innych osób, których dane osobowe zostaną przekazane przez Wykonawcę w postępowaniu prowadzonym w formie rozeznania cenowego mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym z uwzględnieniem ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.
Ponadto podane przez Panią/Pana dane osobowe będą udostępnione podmiotom przetwarzającym je na nasze zlecenie – usługi informatyczne.
6. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, a w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia (jeżeli przepisy prawa na to pozwalają), ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
9. Podanie danych osobowych jest konieczne do realizacji umowy.
10. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
11. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej nie będzie podejmował wobec Pana/Pani zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.