**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

naprzeprowadzenie kompleksowych diagnoz FAS dzieci kwalifikowanych do adopcji oraz dzieci z rodzin z problemami opiekuńczo-wychowawczymi w ramach:

**Projektu pn. Wspomaganie preadopcji kluczem do udanej adopcji** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach działania 7.2 Usługi społeczne i zdrowotne , Poddziałanie 7.2.2. Usługi społeczne i zdrowotne - projekty konkursowe oraz pozakonkursowe w zakresie epidemii COVID-19.

 **Nazwa wykonawcy:**

**Adres wykonawcy:**

**NIP**:

**tel./fax:**

**e-mail:**

W związku z Zapytaniem ofertowym nr 3 na przeprowadzenie kompleksowej diagnozy FAS oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w kwocie:

…………………………………… zł

Do realizacji usługi określonej w Zapytaniu ofertowym zapewniamy placówkę:

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

………………………………………………………………………………………………..**\***

**\*należy podać nazwę oraz adres placówki**

**Oświadczam, że:**

1. Cena brutto zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.
2. Uzyskałam/łem od Zamawiającego wszelkie informacje niezbędne do rzetelnego sporządzenia niniejszej oferty zgodnie z wymogami określonymi w zapytaniu ofertowym.
3. Zapoznałam/łem się z treścią zapytania ofertowego i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń.
4. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy
na warunkach, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
5. Posiadam uprawnienia do wykonania działalności z zakresu przedmiotu zamówienia.

**Wykaz osób realizujących usługę:**

**Poniższe informacje uzupełniają osoby wyznaczone przez wykonawcę do realizacji usługi zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia w Zapytaniu ofertowym nr 3.**

**Oświadczenie osób wskazanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia na rzecz Zamawiającego**

**1. PSYCHOLOG**

Imię i nazwisko: ….…………………………………………………………………………..

1. **Oświadczam**, iż posiadam (**wypełnić odpowiednio w zależności od uzyskanego wykształcenia):**

a) ukończone **studia wyższe** na kierunku **psychologicznym**.

Nazwa oraz adres uczelni/placówki edukacyjnej:

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

lub

b) **wykształcenie** uzyskane za granicą uznane za **równorzędne** w RP:

na kierunku …………………….………………………………………………………………

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

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

(należy podać kierunek oraz nazwę i adres uczelni/placówki edukacyjnej oraz dołączyć ksero dokumentu potwierdzającego uzyskane wykształcenie)

2. **Oświadczam,** iżposiadam **doświadczenie zawodowe** w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami i dziećmi niepełnosprawnymi, w tym z dziećmi z FASD w wymiarze lat:

……………………………………………………………………………………….. (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

3. **Oświadczam**, iż posiadam **doświadczenie w prowadzeniu diagnozy** w kierunku zaburzeń neurorozwojowych, w tym FAS/FASD w wymiarze lat: …………………………… (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zajmowane stanowisko** | **Okres zatrudnienia****(podać datę od – dodzień, miesiąc, rok)** | **Nazwa oraz adres miejsca zatrudnienia** |  **Praca z dziećmi\*:- ze specjalnymi potrzebami- z niepełnosprawnościami- dziećmi z FASD****\*wpisać odpowiednio** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |

**\*Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzania w toku oceny ofert wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę dokumentów, wykazów, danych i informacji.**

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

Miejscowość, data podpis osoby wskazanej do realizacji zamówienia

**2. PEDAGOG**

Imię i nazwisko: ….………………………………………………………………

1. **Oświadczam**, iż posiadam (**wypełnić odpowiednio w zależności od uzyskanego wykształcenia):**

a) ukończone **studia wyższe** na kierunku **pedagogoicznym**.

Nazwa oraz adres uczelni/placówki edukacyjnej:

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

lub

b) **wykształcenie** uzyskane za granicą uznane za **równorzędne** w RP:

na kierunku …………………….………………………………………………………………

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

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

(należy podać kierunek oraz nazwę i adres uczelni/placówki edukacyjnej oraz dołączyć ksero dokumentu potwierdzającego uzyskane wykształcenie)

2.Oświadczam**,** iżposiadam doświadczenie zawodowe w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami i dziećmi niepełnosprawnymi, w tym z dziećmi z FASD w wymiarze lat:

……………………………………………………………………………………….. (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

3. Oświadczam, iż posiadam doświadczenie w prowadzeniu diagnozy w kierunku zaburzeń neurorozwojowych, w tym FAS/FASD w wymiarze lat: …………………………… (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zajmowane stanowisko** | **Okres zatrudnienia****(podać datę od – dodzień, miesiąc, rok)** | **Nazwa oraz adres miejsca zatrudnienia** |  **Praca z dziećmi\*:- ze specjalnymi potrzebami- z niepełnosprawnościami- dziećmi z FASD****\*wpisać odpowiednio** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |

**\*Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzania w toku oceny ofert wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę dokumentów, wykazów, danych i informacji.**

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

Miejscowość, data podpis osoby wskazanej do realizacji zamówienia

 **3. FIZJOTERAPEUTA/REHABILITANT**

Imię i nazwisko: ….………………………………………………………………

1. **Oświadczam**, iż posiadam (**wypełnić odpowiednio w zależności od uzyskanego wykształcenia):**

a) ukończone **studia wyższe** na kierunku **fizjoterapia lub rehabilitacja**

Nazwa oraz adres uczelni/placówki edukacyjnej:

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

lub

b) **wykształcenie** uzyskane za granicą uznane za **równorzędne** w RP:

na kierunku …………………….………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………. (należy podać kierunek oraz nazwę i adres uczelni/placówki edukacyjnej oraz dołączyć ksero dokumentu potwierdzającego uzyskane wykształcenie)

2.Oświadczam**,** iżposiadam doświadczenie zawodowe w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami i dziećmi niepełnosprawnymi, w tym z dziećmi z FASD w wymiarze lat:

……………………………………………………………………………………….. (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

3. Oświadczam, iż posiadam doświadczenie w prowadzeniu diagnozyoraz w prowadzeniu zajęć fizjoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi, w tym z dziećmi z FAS/FASD w wymiarze lat: ..…………………………… (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zajmowane stanowisko** | **Okres zatrudnienia****(podać datę od – dodzień, miesiąc, rok)** | **Nazwa oraz adres miejsca zatrudnienia** |  **Praca z dziećmi\*:- ze specjalnymi potrzebami- z niepełnosprawnościami- dziećmi z FASD****\*wpisać odpowiednio** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |

**\*Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzania w toku oceny ofert wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę dokumentów, wykazów, danych i informacji.**

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

Miejscowość, data podpis osoby wskazanej do realizacji zamówienia

**3. LEKARZ MEDYCYNY**

Imię i nazwisko: ….………………………………………………………………

1. **Oświadczam**, iż posiadam (**wypełnić odpowiednio w zależności od uzyskanego wykształcenia):**

a) ukończone **studia wyższe** na kierunku **fizjoterapia lub rehabilitacja**

Nazwa oraz adres uczelni/placówki edukacyjnej:

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

lub

b) **wykształcenie** uzyskane za granicą uznane za **równorzędne** w RP:

na kierunku …………………….………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………. (należy podać kierunek oraz nazwę i adres uczelni/placówki edukacyjnej oraz dołączyć ksero dokumentu potwierdzającego uzyskane wykształcenie)

2. **Oświadczam,** iżposiadam **doświadczenie zawodowe** w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami i dziećmi niepełnosprawnymi, w tym z dziećmi z FASD w wymiarze lat:

……………………………………………………………………………………….. (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

3. **Oświadczam**, iż posiadam **doświadczenie w prowadzeniu diagnozy** w kierunku zaburzeń neurorozwojowych, w tym FAS/FASD w wymiarze lat: …………………………… (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zajmowane stanowisko** | **Okres zatrudnienia****(podać datę od – dodzień, miesiąc, rok)** | **Nazwa oraz adres miejsca zatrudnienia** |  **Praca z dziećmi\*:- ze specjalnymi potrzebami- z niepełnosprawnościami- dziećmi z FASD****\*wpisać odpowiednio** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |

**\*Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzania w toku oceny ofert wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę dokumentów, wykazów, danych i informacji.**

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

Miejscowość, data podpis osoby wskazanej do realizacji zamówienia

**Załącznik nr 2**

 do **Zapytania ofertowego**

naprzeprowadzenie kompleksowych diagnoz FAS dzieci kwalifikowanych do adopcji oraz dla dzieci z rodzin z problemami opiekuńczo-wychowawczymi w ramach: **Projektu pn. Wspomaganie preadopcji kluczem do udanej adopcji** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach działania 7.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 7.2.2. Usługi społeczne i zdrowotne - projekty konkursowe oraz pozakonkursowe w zakresie epidemii COVID-19.

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Ja, niżej podpisany(a)

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

oświadczam, że Wykonawca jest/nie jest\* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy 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, a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;

b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa),
w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli;

e) pozostawaniu z Wykonawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności.

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

*Miejscowość, data pieczęć i podpis Wykonawcy*

\* Niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 3**

do **Zapytania ofertowego**

naprzeprowadzenie kompleksowych diagnoz FAS dzieci kwalifikowanych do adopcji oraz dla dzieci z rodzin z problemami opiekuńczo-wychowawczymi w ramach : **Projektu pn. Wspomaganie preadopcji kluczem do udanej adopcji** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach działania 7.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 7.2.2. Usługi społeczne i zdrowotne - projekty konkursowe oraz pozakonkursowe w zakresie epidemii COVID-19.

 ……………………………………………..

 Miejscowość, data

…………………………………………….

…………………………………………….

…………………………………………….

Nazwa i adres wykonawcy **Towarzystwo Przywracania Rodziny**

 **ul.Kosińskiego 27** **61-522 Poznań**

 PESEL, NIP, REGON

…………………………………………….

 Telefon kontaktowy i adres e-mail

 **OŚWIADCZENIE**

 Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystania z pełni praw publicznych. Oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: “Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

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

 czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

**Załącznik nr 4**

do **Zapytania ofertowego**

naprzeprowadzenie kompleksowych diagnoz FAS dzieci kwalifikowanych do adopcji oraz dla dzieci z rodzin z problemami opiekuńczo-wychowawczymi w ramach: **Projektu pn. Wspomaganie preadopcji kluczem do udanej adopcji** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach działania 7.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 7.2.2. Usługi społeczne i zdrowotne - projekty konkursowe oraz pozakonkursowe w zakresie epidemii COVID-19.

 Miejscowość, data……………………………………………..

…………………………………………….

…………………………………………….

…………………………………………….

 Nazwa i adres wykonawcy

 PESEL, NIP, REGON

…………………………………………….

 Telefon kontaktowy i adres e-mail

**Towarzystwo Przywracania Rodziny

 ul. Kosińskiego 27
 61-522 Poznań**

**OŚWIADCZENIE**

 Oświadczam, że nie byłam(em) skazana(ny) prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.
Oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego:
“Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności”.

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

 czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

 **Załącznik nr 5**

do **Zapytania ofertowego**

 naprzeprowadzenie kompleksowych diagnoz FAS dzieci kwalifikowanych do adopcji oraz dla dzieci z rodzin z problemami opiekuńczo-wychowawczymi w ramach: **Projektu pn. Wspomaganie preadopcji kluczem do udanej adopcji** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach działania 7.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 7.2.2. Usługi społeczne i zdrowotne - projekty konkursowe oraz pozakonkursowe w zakresie epidemii COVID-19.

**OŚWIADCZENIE PERSONELU PROJEKTU/OFERENTÓW, UCZESTNIKÓW KOMISJI PRZETARGOWYCH/WYKONAWCÓW/ OSOBY UPRAWNIONEJ DO DOSTĘPU W RAMACH SL2014[[1]](#footnote-1)**

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z realizacją Projektu pn. „Wspomaganie preadopcji kluczem do udanej adopcji” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 – Marszałek Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych mogę skontaktować się
z Inspektorem ochrony danych osobowych

 - w ramach zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 – 2014-2020: Departament Organizacyjny i Kadr, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, e--mail:inspektor.ochrony@umww.pl,

- w ramach zbioru Centralny system teleinformatyczny: Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, ul. Wspólna 2/4,00-926 Warszawa, e-mail: iod@miir.gov.pl.

1. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego
i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych
w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE– dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:

1) w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020:

1. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347
z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);
2. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.);
3. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r.
poz. 1460, z późn. zm.).

2. w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:

* + 1. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego
		i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);
		2. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470,
		z późn. zm.);
		3. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
		4. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między Beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str.1).
1. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu RPWP.07.02.02-30-0003/18, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu
i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych oraz w celu archiwizacji w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).
2. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej - Zarząd Województwa Wielkopolskiego al. Niepodległości 34, 61-713 Poznań, Beneficjentowi realizującemu Projekt – Samorząd Województwa Wielkopolskiego – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu, ul. Nowowiejskiego 11, 61-731 Poznań oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu – „Wspomaganie preadopcji kluczem do udanej adopcji”- Towarzystwo Przywracania Rodziny, ul. Kosińskiego 27, 61-522 Poznań. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach WRPO 2014+.
3. Obowiązek podania danych wynika z przepisów prawa, , odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości rozliczenia kosztów wynagrodzenia
w ramach Projektu.
4. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.
5. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

| …..…………………………  | …………………………………………… |  |
| --- | --- | --- |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS PERSONELU PROJEKTU OFERENTÓW/UCZESTNIKÓW KOMISJI PRZETARGOWYCH/WYKONAWCÓW/OSOBY UPRAWNIONEJ DO DOSTĘPU W RAMACH SL2014[[2]](#footnote-2)\* |  |

1. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-1)
2. \* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-2)