**Załącznik nr 9 SIWZ**

**ZAMAWIAJĄCY:** Muzeum Lubuskie im. Jana Dekerta

 ul. Warszawska 35, 66-400 Gorzów Wielkopolski

 tel./fax 95 732 28 43

 rpo@muzeumlubuskie.pl, [www.bip.muzeumlubuskie.pl](http://www.bip.muzeumlubuskie.pl)

**WYKONAWCA:** ………………………………………………………

 …………………………………..….……………….

 ………………………………………………………

 *(Pełna nazwa/ imię i nazwisko, adres/miejsce zamieszkania,*

 *NIP/PESEL, telefon, adres e-mail)*

 reprezentowany przez: …………………………………………………

|  |
| --- |
| **OBOWIĄZEK INFORMACYJNY** |

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

 ......................................., dn........................ ................................................................

 *(miejscowość i data) (podpis i pieczęć uprawnionego/nych*

 *przedstawicieli Wykonawcy)*