**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](mailto: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)*