Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

***UWAGA****:* ***Jeżeli Wykonawca składa ofertę na więcej niż jedno zadanie zobowiązany jest wypełnić formularz „Oferta Wykonawcy” dla każdego zadania oddzielnie.***

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

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

Adres siedziby Wykonawcy:

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

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

NIP: ....................................................

REGON: ....................................................

Nr telefonu: ....................................................

Nr faksu: ....................................................

Adres email…………………………………

Adres strony internetowej (jeżeli dotyczy) …………………………

Dane teleadresowe osoby upoważnionej

do kontaktowania się z Zamawiającym:

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

Osoba upoważniona do podpisania umowy

(imię, nazwisko, funkcja):

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

Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź

 małym lub średnim przedsiębiorstwem ………. TAK/NIE\*

**O F E R T A W Y K O N A W C Y**

1. Oferujemy dostawę sprzętu medycznego na warunkach i zasadach określonych w zapytaniu ofertowym za łączną cenę:/dotyczy zadania nr ................../

**netto:** ..............................................................................

(słownie: ……………………………………………………………………………………………………………)

**VAT:** ..............................................................................

(słownie:....................................................................................................................................................................)

**brutto:** ..............................................................................

(słownie: …………………………………………………………………………………………………………….)

2. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności wynikający z zapisów wzoru umowy, który jest nie krótszy niż 60 dni

3. Termin dostawy urządzenia nastąpi na koszt Wykonawcy w ciągu .............. dni od podpisania umowy z Zamawiającym. /Warunek Zamawiającego - maksymalnie do 3 tygodni/.

4. Oświadczamy, że wraz z dostawą sprzętu dostarczymy instrukcję obsługi w języku polskim wraz z dokumentacją techniczno - ruchową (DTR) lub paszportem technicznym do odnotowywania przeglądów i napraw.

5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

6. Oświadczamy, że wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7. Wykonawca udziela gwarancji na oferowany sprzęt medyczny na okres…………….. m-cy od daty wykonania przedmiotu umowy. /Warunek Zamawiającego –min. 24 miesięcy/*.*

8. Oświadczamy, że w okresie trwania gwarancji zapewnimy bezpłatnie wymagane przeglądy techniczne urządzeń i legalizacje zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, w tym nieodpłatne przeglądy gwarancyjne zgodnie z zaleceniami producenta:

 - ostatni przegląd ma być wykonany w okresie 15 dni przed upływem okresu gwarancji*.*

9. Do oferty załączamy wykaz adresów serwisu sprzętu medycznego do realizacji obsługi pogwarancyjnej oraz wykaz wymaganych środków dezynfekcyjnych*.*

10. Wykonawca ustanawia swojego przedstawiciela odpowiedzialnego za realizację zobowiązań wynikających z niniejszej umowy w osobie ................................................................. tel./fax ...............................

11. Wykonawca oświadcza, że wybór jego oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*/ wybór jego oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, poniżej wskazuje nazwę (rodzaj) towaru, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazuję ich wartość bez kwoty podatku ……….\*

12. nie zamierzam(y) powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom]\*

……………………………………

13. Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Dokumenty wymagane treścią zapytania ofertowego
2. Wypełniony i podpisany załącznik nr 1 do zapytania ofertowego.

.................................. ,dnia ...................... .............................................................

 *(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

Administratorem Pani/Pana danych osobowych ujawnionych w przedmiotowym postępowaniu jest**109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ przy ul. Piotra Skargi 9-11, 70-965 Szczecin.** Inspektor Ochrony Danych dostępny jest pod telefonem nr 261 455 573 lub adresem email: iodo@109szpital.pl. Podane dane, w zakresie wynikającym z właściwych przepisów Ustawy Prawo zamówień publicznych oraz wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych, przetwarzane będą na podstawie art.6 ust.1 lit. c Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016r. (RODO) w celu przeprowadzenia przedmiotowego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego. W pozostałym zakresie na podstawie Pani/Pana zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO), wynikającej z faktu złożenia przedmiotowej oferty. Administrator przekazuje dane osobowe odbiorcom w ramach świadczenia usług na administrowanie i serwisowanie systemami informatycznymi, obsługę poczty oraz wszystkim zainteresowanym odbiorcom na podstawie art. 8, art. 92 i art.96 ust. 3 wymienionej Ustawy. Dane przechowywane będą przez 5 lat, licząc od 1 stycznia roku następnego od realizacji celu. Przysługuje Pani/Panu prawo: dostępu do swoich danych, w tym otrzymania kopii, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie. Dane nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu. Podanie danych, w zakresie wynikającym z wymienionych przepisów prawa, jest niezbędne do realizacji celu. W pozostałym zakresie podanie danych jest dobrowolne.