Załącznik nr 2 do zapytania

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

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

Adres siedziby Wykonawcy:

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

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

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

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

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

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

Adres email ………………………………………..

Dane teleadresowe osoby upoważnionej

do kontaktowania się z Zamawiającym:

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

Imię i nazwisko (funkcja) osoby upoważnionej do

podpisania umowy……………………………….

……………………………………………………

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

1. Oferujemy przeprowadzenie usługi z zakresu Recertyfikacja i rejestracja oraz użytkowanie certyfikacji ISO 9001:2015; ISO 14001:2015; OHSAS 18001/ISO 45001 oraz przejście na normę ISO 45001:2018 w 109 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie” na warunkach i zasadach określonych w zapytaniu ofertowym za cenę

…….. zł netto (słownie:…)

VAT ……….. zł,

…… zł brutto (słownie:…)

w tym za:

* przeprowadzenie auditu recertyfkującego i wydanie akredytowanego certyfikatu w kwocie

……. netto/………….brutto - płatne w trzech równych ratach;

* użytkowanie certyfikacji i rejestracji 1-szy audit przeglądowy ……. netto/………….brutto - płatne w trzech równych ratach;
* użytkowanie certyfikacji i rejestracji 2-gi audit przeglądowy i przejście na normę ISO 45001:2018 ……. netto/………….brutto - płatne w trzech równych ratach;

2. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności faktury wynikający z zapisów wzoru umowy, który jest nie krótszy niż 60 dni. Zapłata za wykonanie przedmiotu umowy będzie następować przelewem w złotych polskich po wystawieniu przez Wykonawcę faktur częściowych.

3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią zapytania i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

4. Oświadczamy, że posiadamy akredytację na certyfikację uznawaną przez NFZ na normę ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, OHSAS 18001, ISO 45001.

5. Oświadczamy, że posiadamy 2 auditorów z co najmniej 10 letnim doświadczeniem oraz praktyką w auditowaniu branży medycznej;

6. Oświadczamy, że przeprowadziliśmy certyfikacje na zgodność z ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001 w przynajmniej 5 podmiotach medycznych.

7. Wykonawca ustanawia swojego przedstawiciela odpowiedzialnego za realizację zamówienia w osobie ............................................................... tel./fax ...............

8. Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Dokumenty wymagane treścią 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*](mailto: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 wszystkim zainteresowanym odbiorcom na podstawie art. 8, art. 92 i art.96 ust. 3 wymienionej Ustawy. Dane przechowywane będą przez czas niezbędny do realizacji celu, maksymalnie przez okres 5 lat. Przysługuje Pani/Panu prawo: dostępu do swoich danych, ich poprawiania, 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.*