Załącznik nr 2 do SIWZ

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 generatorów molibdenowo- technetowych, radiofarmaceutyków oraz produktów leczniczych do prowadzenia terapii wspomagającej w trakcie diagnostyki i leczenia radiofarmaceutycznego do 109 Szpitala Wojskowego na warunkach i zasadach określonych w SIWZ za cenę wskazaną w formularzu ofertowym (załącznik nr 1 do SIWZ).

2. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności wynikający z zapisów wzoru umowy, który jest nie krótszy niż 60 dni od dnia wykonania dostawy i doręczenia faktury Zamawiającemu.

3. Wykonawca oświadcza, że dostawa przedmiotu zamówienia obejmująca zadania nr 1, 2 będzie realizowana w piątki do godz. 13.00 z atestacją odczynników na wtorek.\*

4. Wykonawca oświadcza, że dostawa przedmiotu zamówienia obejmująca zadanie nr 3 będzie realizowana w piątki do godz. 13.00 z atestacją odczynników na sobotę\*.

5. Wykonawca oświadcza, że dostawa przedmiotu zamówienia obejmująca zadnie nr 4 będzie realizowana w piątki do godz. 13.00 z atestacją odczynników na poniedziałek\*.

6. Wykonawca oświadcza, że dostawa produktów obejmująca zadania nr 5, 6, 7, 8 i 9 będzie realizowana w terminie ……….. dni od złożenia zamówienia\*.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

8. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

9. Oświadczamy, że dostarczane przez nas znaczniki będą posiadały termin ważności i aktywności zgodnie z podaną datą kalibrowania na dany dzień.

10. Oświadczamy, że zobowiązujemy się do odbioru na nasz koszt własny składowanych w Szpitalu opakowań wielokrotnego użytku po radiofarmaceutykach.

11. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

12. Wykonawca ustanawia swojego przedstawiciela odpowiedzialnego za realizację zobowiązań wynikających z niniejszej umowy w osobie…………………….............................

tel./fax................................

13. Nr faxu lub email na który będą przesyłane zamówienia …………………………………..

14. 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 ……….\*

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

……………………………………

16. Integralną część niniejszej oferty stanowią:

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

 *(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji)*

*\* niepotrzebne skreślić*

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 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.