Załącznik nr 2 do SIWZ

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

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

Adres siedziby Wykonawcy:

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

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

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

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

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 świadczenie usługi ochrony obiektów i terenu 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie na warunkach i zasadach określonych w SIWZ i za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| l.p. | Przedmiot | Jednostka | Cena netto za 1 jednostkę/ ryczałt | Stawka VAT | Cena brutto za 1 jednostkę/ ryczałt | Prognozowana maksymalna liczba jednostek w 36 miesiącach | Wartość netto | Vat | Wartość brutto |
| 1 | Całodobowa ochrona przez pracownika posiadającego wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej (1 posterunek) | godzina |  |  |  | 26304 |  |  |  |
| 2 | Całodobowa ochrona przez pracownika nie posiadającego wpisu na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej (2 posterunki) | godzina |  |  |  | 52608 |  |  |  |
| 3 | Konwojowanie wartości pieniężnych | konwój |  |  |  | 36 |  |  |  |
| 4 | Pozostałe koszty ( zgodnie z pkt 5 i 6 Opisu przedmiotu zamówienia) | ryczałt za 1 m-c |  |  |  | 36 |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

**netto za okres 36 miesięcy:**........................................................................................

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

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

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

**brutto** **za okres 36 miesięcy**:..............................................................................

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

2. **Oświadczam\*, że** skierujemy do realizacji zamówienia:

- **……. osoby**, które, posiadają minimum 12 miesięczne doświadczenie;

- **……. osoby**, które, posiadają minimum 24 miesięczne doświadczenie;

- **……. osoby,** które, posiadają minimum 36 miesięczne doświadczenie;

Maksymalna ilość pracowników jaką Wykonawca może podać do oceny to 9 osób.

***\*jeśli nie dotyczy Wykonawca wykreśla oświadczenie. Brak deklaracji w powyższym zakresie będzie traktowany jak wykreślenie oświadczenia i Wykonawca otrzyma 0 pkt za to kryterium.***

3. Oświadczamy, że czas reakcji grupy interwencyjnej będzie wynosił:

1) do 20 minut – TAK/NIE\*

2) do 15 minut – TAK/NIE\*

3) do 10 minut – TAK/NIE\*

*\** ***w przypadku niezaznaczenia którejkolwiek z pozycji Zamawiający przyjmie, że czas reakcji grupy wynosi do 20 minut i Wykonawca otrzyma 0 pkt za to kryterium***.

4. Wykonawca oświadcza, że dysponuje grupą interwencyjną, a usługi w tym zakresie realizować będzie samodzielnie/przy udziale Podwykonawcy.\*

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

6. Usługę objętą przedmiotem zamówienia zamierzam wykonać samodzielnie\*/- przy udziale podwykonawcy/-ów\* …………………………. w zakresie ………………………….. (podać zakres) przez cały okres obowiązywania umowy.\*

7. 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 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.

10. Wykonawca oświadcza, że w przypadku wyboru jego oferty wyznaczy „Komendanta Ochrony” - osobę upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym i odpowiedzialną za nadzór nad realizacją usługi.

11. Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Wypełnione i podpisane dokumenty zgodnie z działem XIV SIWZ.

.................................., 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 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.