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 okresowej konserwacji i naprawy gamma kamer 109 Szpitala Wojskowego na warunkach i zasadach określonych w SIWZ za cenę ryczałtową:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i typ aparatury, producent | Numer fabryczny, rok produkcji | Cena netto za 1 kwartał | VAT | Cena brutto  Za 1 kwartał |
| 1. | Gamma kamera NuclineTM X-Ring/R  Producent: Mediso LTD. | Numer fabr. XR-401055  Rok prod. 2004 |  |  |  |
| 2. | Gamma kamera NuclineTM TH/33  Producent: Mediso LTD. | Numer fabr. TH-509117-33  Rok prod. 2005 |  |  |  |
| Lp. | Nazwa i typ aparatury, producent | Numer fabryczny, rok produkcji | Cena netto za 1 półrocze | VAT | Cena brutto za 1 półrocze |
| 3. | Gamma kamera AnyScan SC  Producent: Mediso LTD | Numer fabr. AS-404-42-SC  Rok prod. 2014 |  |  |  |
| **Cena ryczałtowa za okres 24 miesięcy netto:** ......................  (słownie: ………………………………………………………………………………………....)  **VAT:** ..............................................................................  (słownie: …………………………………………………………………………………………..)  **Cena ryczałtowa za okres 24 miesięcy brutto:** ......................  (słownie: ………………………………………………………………………………………....) | | | | | |

1. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności faktur który wynosi 60 dni od daty dostarczenia do Zamawiającego faktur.
2. Wykonawca w ramach umowy dostarcza części zamienne do konserwacji lub naprawy bezpłatnie do kwoty 500,00 zł brutto (każdorazowo przy każdej naprawie).
3. Adres emailowy do zgłaszania zdalnych napraw sprzętu …………………………..
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się treścią SIWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
5. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejsza ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

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

8. [nie zamierzam(y) powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom][[1]](#footnote-1):

|  |  |
| --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa części zamówienia/nazwa podwykonawcy** |
|  |  |
|  |  |

9. Przedstawicielem Wykonawcy – koordynatorem uprawnionym do kontaktu z Zamawiającym w sprawach związanych z realizacją zamówienia jest………………………………………, tel. ………..

10. 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 wskazuję nazwę (rodzaj) towaru, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazuję ich wartość bez kwoty podatku…………….\*.

Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Dokumenty wymagane treścią części XIV SIWZ.
2. Wypełnione i podpisane załączniki: 2,3,4,5 i 6 (o ile dotyczy) do niniejszej 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.

1. Wykonawca usuwa niepotrzebne. [↑](#footnote-ref-1)