**Załącznik nr 3 do SWZ**

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

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

Adres siedziby Wykonawcy:

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

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

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

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

KRS/CEDIG …………………………………, jeżeli poświadczenie wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia jest dostępne w formie elektronicznej, proszę podać stronę rejestru: ............................................................................................

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

Adres email ....................................................

Adres strony internetowej (jeżeli dotyczy) ....................................................

Dane teleadresowe osoby upoważnionej

do kontaktowania się z Zamawiającym:

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

Osoba upoważniona do podpisania umowy

(imię, nazwisko, funkcja):

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

**Rodzaj wykonawcy**

Mikroprzedsiębiorstwo - TAK/NIE\*

Małe przedsiębiorstwo - TAK/NIE\*

Średnie przedsiębiorstwo - TAK/NIE\*

Jednoosobowa działalność gospodarcza - TAK/NIE\*

Osoba fizyczna nieprowadząca działalność gospodarczą - TAK/NIE\*

Inny rodzaj - TAK/NIE\*

**OFERTA WYKONAWCY**

1. Oferujemy dostawę licencji integrujących szpitalne systemy medyczne z systemem HIS 109 Szpitala Wojskowego   
   z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie wraz z integracją, wdrożeniem, szkoleniem personelu na warunkach i zasadach określonych w SWZ wskazane w załączniku nr 2 do SWZ za cenę:

**Netto:** ..............................................................................

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

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

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

**Brutto:** ..............................................................................

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

2. Nadzór autorski za okres 36 miesięcy**:**

**Netto:** ..............................................................................

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

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

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

**Brutto:** ..............................................................................

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

1. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności faktury wynikający z projektowanych postanowień umowy, który nie może być krótszy niż 60 dni.
2. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia zostanie zrealizowany:

- termin dostawy licencji, pełnej integracji, wdrożenia, instalacji i szkolenia personelu – max 60 dni dnia podpisania umowy;

- termin świadczenia nadzoru autorskiego – 36 miesięcy od daty podpisania protokołu potwierdzającego wdrożenie  
i integrację systemów.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
3. Oświadczamy, że zawarte w Specyfikacji Warunków Zamówienia projektowane postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Przedstawicielem Wykonawcy – koordynatorem uprawnionym do kontaktu z Zamawiającym w sprawach związanych   
   z realizacją zamówienia jest………………………………………, tel. ………………………………….…..
5. W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie publiczne wykonawcy wskazują , które części zamówienia będą realizowane przez dany podmiot :

a) …………………………………..

b) …………………………………..

1. 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 ……….\*
2. [nie zamierzam(y) powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom]:

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa części zamówienia/nazwa podwykonawcy** |
|  |  |
|  |  |

*W przypadku braku zaznaczenia punktu 10 Zamawiający przyjmie, że Wykonawca wykona przedmiot zamówienia samodzielnie.*

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*\*.

\* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\*\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Wypełnione i podpisane załącznik: nr 2 do niniejszej SWZ.

**„*Niniejszy dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym ”***

*\* niepotrzebne skreślić*