Załącznik nr 3 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:licencji: **„**Punkt pobrań” „EDM”,„pracownia Patomorfologii”, „Upgrade do AMMS”,licencji baz danych Oracle **-** opis przedmiotu zamówienia, licencji Windows Serwer 2019 Standard - 3 szt. + 285 szt. licencji Device CAL\*, za cenę wskazaną w załączniku nr 2 do SIWZ.

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

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

4. Oświadczamy, że dostawy licencji będą realizowane etapami w terminach:

**dla zadania nr 1:**

„punkt pobrań”- nie wcześniej niż od 15.10.2020 r.

„EDM” - nie wcześniej niż od 15.11.2020 r.

„Pracownia Patomorfologii” - nie wcześniej niż od 15.09.2020r.

„Upgrade AMMS” - nie wcześniej niż od 15.06.2020r.

**dla zadania nr 2:**

„Oracle” - nie wcześniej niż od 15.05.2020r.

**dla zadania nr 3:**

„Windows Serwer 2019 Standard +CAL”- nie wcześniej niż od 15.08.2020r.

5. Wykonawca udziela gwarancji na przedmiot zamówienia w zakresie zad 2 i 3 na okres .................... miesięcy od daty wykonania przedmiotu umowy. Termin gwarancji biegnie od dnia podpisania protokołu odbioru.

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

7. 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.

8. Wykonawca ustanawia swojego przedstawiciela odpowiedzialnego za realizację zobowiązań wynikających z niniejszej umowy w osobie ................................................................. tel./fax ...............................

9. 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 ……….\*

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

11. Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Dokumenty wymagane treścią części XIV SIWZ.
2. Wypełnione i podpisane załączniki: 2,3,4,5 do niniejszej SIWZ

**„*Niniejszy dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym”***

*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.*