Załącznik nr 2 do SIWZ

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

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

Adres siedziby Wykonawcy:

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

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

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

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

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):

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

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 usług transportu sanitarnego oraz osobowego\* na warunkach i zasadach określonych w SIWZ za łączną cenę wskazaną w załączniku nr 1 do SIWZ.

2. Oświadczamy, że czas dojazdu będzie wynosił do ……………. minut – dotyczy zadań 1-3 (maksymalny czas dojazdu 120 minut).

3. Oświadczamy, że czas dojazdu będzie wynosił do……………… minut – dotyczy zadania nr 4 (maksymalny czas dojazdu 45 minut).

4. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności faktur który wynosi 60 dni od daty wpływu do Zamawiającego faktur wystawionych na podstawie podpisanego przez Zamawiającego protokołu.

5. Oświadczamy, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia zgodnie z art. 36 ust. 1 pkt. 1 i 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2020.882 t.j.) – dotyczy zadań 1-3\*.

6. Oświadczamy, że posiadamy środki transportu niezbędne do wykonania transportu sanitarnego odpowiadające warunkom technicznym określonym w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Dz.U.2016.2022 t.j.), oraz posiadające cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane – dotyczy zadań 1-3\*.

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

11. 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 ……….\*

12. nie zamierzam(y) powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom] wraz z podaniem nazw podwykonawców\*

……………………………………

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

Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Wypełnione i podpisane załączniki: 1, 2,3,4 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.