Załącznik nr 2 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 **odczynników i materiałów zużywalnych do badań serologicznych wraz z dzierżawą analizatora** na warunkach i zasadach określonych w SIWZ za cenę wskazaną na załączonym formularzu ofertowym (załącznik nr 1a-1b do SIWZ).
2. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności faktury wynikający z zapisów wzoru umowy, który jest nie krótszy niż 60 dni.
3. Dostawa aparatu wraz z wyposażeniem dodatkowym nastąpi w ciągu ................. dni od daty podpisania umowy. /Warunek Zamawiającego max 3 tygodnie/.
4. Wykonawca oświadcza, że termin dostawy odczynników nastąpi nie rzadziej niż raz na miesiąc, wg załączonego do umowy (dostarczonego raz w roku) harmonogramu dostaw na dany rok, a w przypadku zamówień w trybie pilnym – na cito 5 dni roboczych od złożenia zamówienia przesłanego na nr fax/ email…………………… .
5. Wykonawca oświadcza, że termin ważności będzie wynosił – minimum 9 miesięcy dla oferowanych kart. Dla krwinek wzorcowych oraz produktów krwinkowych – 5 tygodni od daty dostawy.
6. Oświadczamy, że na czas obowiązywania umowy zapewnimy na własny koszt bezpłatny autoryzowany serwis dostępny 7 dni w tygodniu 365 dni w roku (podać nr tel. linii serwisowej) wydzierżawionych urządzeń oraz dostawy części i akcesoriów niezbędnych do usunięcia powstałych awarii. Oświadczamy, że naprawa odbędzie się w ciągu 24 godzin od zgłoszenia awarii. Jeżeli nie, dostawca jest zobowiązany do wskazania innego wykonawcy badań. Koszt badań u innego wykonawcy nie może przekraczać cen zawartych w umowie przetargowej.
7. Oświadczamy, że na czas obowiązywania umowy zapewnimy na własny koszt przeglądy urządzeń zakończonych wydaniem raportu serwisowego potwierdzającego sprawność aparatu.
8. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia   
   i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
9. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
10. 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.

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

14. Nr faxu lub email na który będą przesyłane zamówienia ………………………………….

15. 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 ……….\*

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

Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Wypełnione i podpisane załączniki: 1-4 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 wszystkim zainteresowanym odbiorcom na podstawie art. 8, art. 92 i art.96 ust. 3 wymienionej Ustawy. Dane przechowywane będą przez czas niezbędny do realizacji celu, maksymalnie przez okres 5 lat. Przysługuje Pani/Panu prawo: dostępu do swoich danych, ich poprawiania, 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.*