**Załącznik nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **OFERTA DO CZĘŚCI (ZADANIA) NR ………………..** *(wymienić)* |
| 1. **Dane Wykonawcy**
2. Nazwa albo imię i nazwisko Wykonawcy: .....................................................................
3. Adres: .............................................................................................................................

w zależności od podmiotu NIP/PESEL: ............................ REGON: ........................ tel.: ..................................................... e-mail: ..................................................................................................................Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres siedziby): …………………………………………………………………………………………………1. Rodzaj Wykonawcy *(należy zaznaczyć właściwe z poniższych):*

- mikroprzedsiębiorstwo- małe przedsiębiorstwo- średnie przedsiębiorstwo- jednoosobowa działalność gospodarcza- osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej- inny rodzaj1. Dane do kontaktu:

Osoba odpowiedzialna za kontakt z Zamawiającym:…………………………………………………… tel.: …………………………………..……Korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem należy przekazywać przy użyciu środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail: .................................................................................... |
| 1. **Przedmiot oferty**

Oferta w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Zakup wraz z dostawą mebli medycznych (z podziałem na 10 zadań),**prowadzonym przez: Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opoluw trybie: podstawowym bez negocjacji. **Sygnatura sprawy: ZP.263.10.2024.** |
| 1. Informacje ofertowe

*(poniższy pkt 1 powtórzyć i uzupełnić tyle razy, ilu zadań dotyczy oferta Wykonawcy)*1. **Część (zadanie) nr ……….**

**Nazwa części (zadania): ……………………………………………………………………………………**Łączna wartość przedmiotu zamówienia brutto: **……………………………..……………….. zł** **(cena oferty)****Termin dostawy: do ……… tygodni***(należy podać jedno z wymienionych: do* ***6*** *tygodni* ***albo*** *do* ***5*** *tygodni* ***albo*** *do* ***4*** *tygodni* ***albo*** *do* ***3*** *tygodni* ***albo*** *do* ***2*** *tygodni)***Gwarancja: …..….. miesięcy/miesiące** *(minimum 12 miesięcy)* |
| 1. **Informacja o obowiązku podatkowym *– wypełnić jeżeli dotyczy***

*(wypełnić wtedy, gdy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług)*Informuję że wybór mojej oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego: ………………………………………………… Wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku: ……………………………………………..Stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie: ………………………….. |
| 1. **Informacja o podwykonawcach *– wypełnić jeżeli dotyczy***

*(wypełnić poniższą tabelę wtedy, gdy wykonanie części zamówienia Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcy)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy (jeżeli jest już znany) | Części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

 |
| 1. **Oświadczenia**
2. Oświadczamy, że akceptujemy wzór umowy (załącznik nr 1 do SWZ) i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach w nim zawartych w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
3. Oświadczamy, że dokładnie zapoznaliśmy się z treścią SWZ i akceptujemy bez zastrzeżeń jej warunki i postanowienia.
 |
| **RODO**1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) Zamawiający informuje, że:
2. administratorem danych osobowych Wykonawcyjest Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, adres: ul. Reymonta 8, 45-066 Opole;
3. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@ginekologia.opole.pl;
4. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
5. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
6. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciegolub organizacji międzynarodowej;
7. mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.
8. Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO Zamawiający informuje, że:
9. Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przedawnienia wynikającego z ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny;
10. przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
11. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;
12. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani o warunkach przetwarzania danych osobowych przez Zamawiającego i wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych w związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia publicznego. |