Załącznik nr 2 do SIWZ

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

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

Adres siedziby Wykonawcy:

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

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

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

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

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 i montaż dźwigu osobowego wraz z wykonaniem niezbędnych prac w budynku głównym 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ do obowiązujących przepisów w oparciu o załącznik nr 1 do SIWZ za cenę:

**cena netto**:.....................................................................................

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

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

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

**cena brutto**: ................................................................................

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

2. Wykonawca oferuje serwis dźwigów w okresie gwarancji za cenę:

**cena netto miesięcznie**:.....................................................................................

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

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

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

**cena brutto miesięcznie**: ..................................................................................

2. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności wynikający z zapisów wzorów umów, który jest nie krótszy niż 60 dni od dnia doręczenia faktury Zamawiającemu na podstawie podpisanego przez Zamawiającego protokołu.

3. Oświadczamy, że zawarty w SIWZ wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

4. Wykonawca oświadcza, że dokonał wizji lokalnej na terenie szpitala, zapoznał się ze SIWZ oraz warunkami istniejącymi w tym z parametrami istniejącego szybu, uznaje je za wystarczające i nie wnosi do nich zastrzeżeń.

5. Wykonawca oświadcza, że uzyskał wszelkie i niezbędne informacje, które były konieczne do przygotowania oferty i wykonania przedmiotu zamówienia, co do ilości i rodzaju prac oraz warunków realizacji, jak również wszelkich utrudnień związanych z prowadzeniem prac będących przedmiotem zamówienia, oraz nie wnosi uwag mogących mieć wpływ na cenę i termin wykonania przedmiotu zamówienia.

6. Wykonawca oświadcza, że cena brutto obejmuje wszelkie koszty związane z dostawą, demontażem starego dźwigu i montażem nowego dźwigu oraz podatkami wynikającymi z obowiązujących przepisów.

7. **Wykonawca zobowiązuje się że przedmiot zamówienia w terminie do 15 tygodni od dnia podpisania umowy.**

8. Wykonawca udziela gwarancji na przedmiot umowy na okres ……………………, licząc od daty podpisania protokołu końcowego odbioru bezusterkowego i przekazania do użytkowania (warunek Zamawiającego minimum 36 miesięcy).

9. [nie zamierzam(y) powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom][[1]](#footnote-1):

|  |  |
| --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa części zamówienia/nazwa podwykonawcy** |
|  |  |
|  |  |

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

11.  Wykonawca zobowiązany jest przedłożyć, nie później niż w dniu podpisania umowy dokumentu potwierdzającego posiadania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej od wszelkich skutków wynikających z realizacji przedmiotu umowy na kwotę nie mniejszą niż 100.000,00 zł. Wykonawca kopię polisy ubezpieczenia potwierdzoną za zgodność notarialnie lub potwierdzoną przez osobę upoważnioną do reprezentacji Wykonawcy przedstawi Zamawiającemu przed zawarciem niniejszej umowy, a kopię następnej polisy potwierdzonej za zgodność notarialnie lub potwierdzoną przez osobę upoważnioną do reprezentacji Wykonawcy najpóźniej na 14 dni przed wygaśnięciem poprzedniej polisy pod rygorem odstąpienia przez Zamawiającego od zawarcia umowy bądź dalszego jej kontynuowania.

12. 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 ……….\*

Integralną część niniejszej oferty stanowią:

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

1. Wykonawca usuwa niepotrzebne. [↑](#footnote-ref-1)