Załącznik nr 2 do SWZ

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

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

Adres siedziby Wykonawcy:

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

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

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

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

KRS/CEDIG …………………………………, jeżeli poświadczenie wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia jest dostępne w formie elektronicznej, proszę podać stronę rejestru: ……………………………………….

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):

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

**Rodzaj wykonawcy**

Mikroprzedsiębiorstwo - TAK/NIE\*

Małe przedsiębiorstwo - TAK/NIE\*

Średnie przedsiębiorstwo - TAK/NIE\*

Jednoosobowa działalność gospodarcza - TAK/NIE\*

Osoba fizyczna nieprowadząca działalność gospodarczą - TAK/NIE\*

Inny rodzaj - TAK/NIE\*

## O F E R T A W Y K O N A W C Y

1. Oferujemy usługi nadzoru autorskiego oprogramowania InfoMedica Plus na warunkach i zasadach określonych w załączniku nr 1 do SWZ po cenach wskazanych w załączniku nr 3 o wartości łącznej:

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

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

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

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

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

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

1. Oświadczamy , że czas reakcji HELPDESKU na błąd krytyczny będzie wynosił **…………. godzin** (warunek Zamawiającego maksimum 24 godziny).

*W przypadku braku zaznaczenia ww. punktu Zamawiający przyjmie, że Wykonawca deklaruje maksymalny termin reakcji Helpdesku - 24 godziny.*

3. Wykonawca oświadcza, że jest uprawnionym do wykonywania nadzoru autorskiego w zakresie Oprogramowania Aplikacyjnego InfoMedica Plus.

4. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności faktur który wynosi 60 dni od daty wpływu do Zamawiającego faktury.

5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się treścią SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

6. Wykonawca oświadcza, że przedmiot zamówienia będzie wykonywany przez okres 24 miesięcy – **z datą obowiązywania umowy od 01.09.2023 r. do 31.08.2025 r.**

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

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

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

10. 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 ……….\*

11. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*\*\*.

\*\* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\*\*\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Wypełnione i podpisane załączniki: 3 do niniejszej SWZ.

„***Niniejszy dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym,*** ***lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym”***

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