Załącznik nr 2 do SIWZ

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

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

Adres siedziby Wykonawcy:

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

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

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

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

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 całodziennego żywienia pacjentów 109 Szpitala za cenę:

**cena netto łącznie za okres 6 miesięcy**:.....................................................................................

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

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

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

**cena brutto łącznie za okres 6 miesięcy:** ..................................................................................

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

**cena netto za 1 osobodzień**……………………………………………………………………………

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

**vat**……………………………………………………………………………………………………………

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

**cena brutto za 1 osobodzień** ……………………………………………………………………………

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

w tym

1. śniadanie (wraz z drugim śniadaniem): …….. zł netto ………….. zł brutto,
2. obiad (wraz z podwieczorkiem): …….. zł netto …………… zł brutto,
3. kolacja (wraz z posiłkiem nocnym): …….. zł netto ……………. zł brutto.

**Zamawiający przyjął 6 miesięcy jako 180 dni i 20130 całodziennych posiłków**

Wykonawca oferuje wartość „wsadu do kotła” na kwotę (**nie mniej niż 8,93 zł brutto)**

**wartość brutto wsadu** ……………………………………………………………………………………

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

1. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności faktur który wynosi 60 dni od daty wpływu do Zamawiającego faktur wystawionych na podstawie podpisanego przez upoważnionego pracownika Zamawiającego zestawienia będącego załącznikiem nr 4 do umowy w opisie przedmiotu zamówienia.
2. Wykonawca wyraża zgodę po podpisaniu umowy na przeprowadzenie kontroli przez Wojskowy Ośrodek Medycyny Prewencyjnej.
3. Wykonawca oświadcza, że odbiór odpadów pokonsumpcyjnych będzie odbywał się raz dziennie.

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

6. 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.

7. [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**  |
|  |  |
|  |  |

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

9. Kontakt telefoniczny do oddelegowanego dietetyka i kucharzy zapewniony w godzinach 8-15 siedem dni w tygodniu …………………………………………………

10. Wykonawca oświadcza, że przez cały okres trwania umowy będzie posiadał ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia na kwotę nie niższą niż - 300.000,00 zł dla jednego zdarzenia – kopię polisy potwierdzoną za zgodność z oryginałem przedstawi zamawiającemu przed zawarciem umowy pod rygorem odstąpienia Zamawiającego od podpisania umowy.

Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Dokumenty wymagane treścią części XIV SIWZ.
2. Wypełnione i podpisane załączniki: 2,3,4,5,6,7 i 8 (o ile dotyczy) 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. 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)