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 żywności na warunkach i zasadach określonych w SIWZ za cenę wskazaną w Formularzu Ofertowym ( załącznik nr 1).
2. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności faktury wynikający z warunków umowy, który nie może być krótszy niż 30 dni.
3. Oświadczamy, że termin dostawy
* **dla zadania nr 1** odbywać się będzie własnym środkiem transportu do siedziby Zamawiającego na koszt Wykonawcy, trzy razy w miesiącu w środy lub czwartki w godz. 7.00-10.00 wg bieżących zamówień telefonicznych\*.
* **dla zadania nr 2** odbywać się będzie własnym środkiem transportu do siedziby Zamawiającego na koszt Wykonawcy, w każdy poniedziałek i czwartek w godz. 7.00-10.00 wg bieżących zamówień telefonicznych\*,
* **dla zadania nr 3** odbywać się będzie własnym środkiem transportu do siedziby Zamawiającego na koszt Wykonawcy, w każdy poniedziałek lub czwartek w godz. 7.00-10.00 wg bieżących zamówień telefonicznych\*
1. Zamawiający zobowiązany jest złożyć zamówienie najpóźniej na 2 dni przed przewidywanym terminem dostawy w formie telefonicznej.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. Oświadczamy, że produkty będące przedmiotem zamówienia spełniają wszystkie powszechnie obowiązujące w Polsce wymagania higieniczno-sanitarne oraz weterynaryjne.
4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
5. 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.
6. Wykonawca ustanawia swojego przedstawiciela odpowiedzialnego za realizację umowy w osobie…………………………………………… tel./fax........................................... email ……………………
7. 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 ……….\*
8. nie zamierzam(y) powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia / następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom] wraz z podaniem nazw podwykonawców\*……………………………………
9. nr faxu na który będą składane zamówienia ………………………….
10. Integralną część niniejszej oferty stanowią:

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. 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.