Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego

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\*

**OFERTA WYKONAWCY**

1. Oferujemy świadczenia usług łączności bezprzewodowej w oparciu o służbowe telefony komórkowe dla wyznaczonych osób funkcyjnych 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie, po cenie wskazanej w załączniku nr 2 do zapytania ofertowego z dnia …………………

2. Wykonawca oświadcza, iż zaakceptował termin płatności faktury, który jest nie krótszy niż 30 dni.

3. Oświadczamy, że dostawa aparatów telefonicznych nastąpi w dniu podpisania umowy.

4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią zapytania i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

5. Wykonawca ustanawia swojego przedstawiciela odpowiedzialnego za realizację zobowiązań wynikających z niniejszej umowy w osobie ............................................................... tel./fax ...............

6. Integralną część niniejszej oferty stanowią:

1. Dokumenty wymagane treścią zapytania ofertowego.

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.