**Załącznik nr 1**

**EZP/70/20/C**

**(Wykonawca wypełniony zgodnie z wymaganiami Zamawiającego, podpisuje kwalifikowanym podpisem elektronicznym i zamieszcza wraz z ofertą na Platformie zakupowej).**

**Opis przedmiotu zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest przegląd techniczny oraz konserwacja obejmujący opieką aparaturę i sprzęt medyczny stanowiący własność Zamawiającego, znajdującej się w Szpitalu przy ul. Długiej ½, ul. Szamarzewskiego 84 i na os. Rusa 55 w Poznaniu w poniżej wymienionym zakresie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wartość graniczna** | **Wykonawca poda wymagane informacje celem oceny kryteriów. Pozycji zaznaczonych „xxx” Wykonawca nie wypełnia tylko potwierdzi pod tabelą spełnienie wymagań podanych w niniejszej tabeli.** |
| 1 | Wykonanie przeglądów technicznych i konserwacji, zgodnie z zaleceniami producenta aparatów wraz z urządzeniami będącymi częścią systemów oraz z dostawą materiałów niezbędnych do przeprowadzenia przeglądów. Wykonawca wykona przegląd techniczny i konserwację urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej jednak niż min. 1 raz na 12 miesięcy. W przypadku pakietów: 12 (pozycja 1, 2, 3), 28, 55 (pozycja 1, 2, 3, 4, 5, 6), 61, 65, 70 (pozycja 2), 87, 105, 149 (pozycja 2), 150 (pozycja 2) nie rzadziej jak 1 raz 6 miesięcy.  | **TAK** | **TAK** |
| 2 | Wykonawca posiada aktualnie obowiązującą instrukcję serwisową producenta aparatury medycznej zawartych w pakietach, na które składa ofertę w języku polskim, angielskim lub niemieckim. | **TAK** | Wykonawca dostarczy na wezwanie Zamawiającego, po podpisaniu umowy. |
| 3 | Wykonanie czynności przeglądowych powinno zostać zakończone protokołem serwisowym/kartą pracy/raportem serwisowym itp. i wpisem do paszportu technicznego.  | **TAK** | **TAK** |
| 4 | Raport serwisowy przekazany przez Wykonawcę Zamawiającemu ma zawierać rzeczywisty, pełny i wyszczególniony opis wykonanych czynności przeglądowych.  | **TAK** | **TAK** |
| 5 | W przypadku pozytywnie zakończonego przeglądu technicznego należy potwierdzić sprawność sprzętu. W raporcie należy jednoznacznie wskazać termin następnego przeglądu technicznego. | **TAK** | **TAK** |
| 6 | W przypadku negatywnie zakończonego przeglądu technicznego należy potwierdzić brak sprawności sprzętu. W raporcie należy jednoznacznie wskazać uszkodzone elementy. Wykonawca przedstawi ofertę cenową na realizację prac. | **TAK** | **TAK** |
| 7 | W przypadku braku możliwości wykonania naprawy po negatywnie zakończonym przeglądzie technicznym Wykonawca wystawi orzeczenie o stanie technicznym sprzętu bez ponoszenia dodatkowych kosztów przez Zamawiającego. | **TAK** | **TAK** |
| 8 | Przeglądy wykonywane będą w siedzibie Zamawiającego lub w siedzibie Wykonawcy. W przypadku wykonywania usługi w siedzibie Wykonawcy obowiązek przesłania urządzenia do siedziby Wykonawcy należy do Zamawiającego, który ponosi koszt przesyłki, natomiast odesłanie sprzętu leży po stronie Wykonawcy, który pokrywa koszty przesyłki uwzględnione w cenie przeglądu technicznego.  | **TAK** | **TAK** |
| 9 | W przypadku aparatury laboratoryjnej jak np. cieplarki, suszarki, zamrażarki niskotemperaturowe, wirówki, płyty grzejne, łaźnie, termocyklery, wagi, Wykonawca w ramach przeglądu technicznego wykona walidację oraz dostarczy świadectwo walidacji bez ponoszenia dodatkowych kosztów przez Zamawiającego.  | **TAK** | **TAK****(Jeżeli dotyczy)** |
| 10 | W przypadku pakietów: 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 53, 55, 87, 152, 155. Wykonawca przedstawi autoryzację producenta na możliwość wykonywania przeglądów technicznych. | **TAK** | **Wykonawca potwierdzi, że posiada autoryzację do wymienionych pakietów: ………….** |
| 11 | Przegląd techniczny musi zostać wykonany najpóźniej w ostatnim dniu miesiąca, który został wskazany poprzednią czynnością serwisową. | **TAK** | **TAK** |
| 12 | Minimum dwa lata doświadczenia osób wyznaczonych do realizacji zamówienia w zakresie sprzętów zawartych w pakietach, na które Wykonawca składa ofertę. | **Min. 2 lata** | **Wykonawca poda w Formularzu ofertowym (załącznik nr 2A do SIWZ)** **W przypadku braku informacji, Zamawiający przyjmuje okres minimalny, tj. 2 lata.** |
| 13 | Przeszkolenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia w zakresie sprzętów zawartych w pakietach, na które Wykonawca składa ofertę. Za przeszkolenie uznaje się szkolenie o charakterze serwisowym u producenta lub autoryzowanego przedstawiciela serwisu producenta z zakresu serwisowania aparatów stanowiących przedmiot niniejszego postępowania lub aparaty o podobnym przeznaczeniu.**Wypełnić wyłącznie w przypadku składania oferty na usługi przeglądu technicznego aparatury medycznej dla której Zamawiający nie wymaga autoryzacji .** | **TAK/NIE** |  **TAK = 20 pkt** **NIE = 0 pkt**Wykonawca poda: ………**W przypadku braku informacji, Zamawiający przyjmuje brak przeszkolenia, tj. NIE.** |
| 14 | Osoby wyznaczone do realizacji zamówienia w zakresie sprzętów, na które Wykonawca składa ofertę muszą być uprawnione do eksploatacji urządzeń o napięciu do 1kV. | **TAK** | Wykonawca dostarczy na wezwanie Zamawiającego, po podpisaniu umowy. |
| 15 | Udzielenie gwarancji na wykonane czynności przeglądów technicznych i konserwacji oraz użyte do wykonania usługi części zamienne.  | **TAK** | **TAK** |
| 16 | System zdalnej diagnostyki musi spełniać międzynarodową normę standaryzującą system zarządzania bezpieczeństwem informacji ISO/IEC 27001:2013 lub równoważne, tj. *Wykonawca, zamiast dokumentu, wymienionego powyżej może posiadać dokument równoważny do wymaganego wystawiony przez podmiot mający siedzibę w innym państwie członkowskim Europejskiego Obszaru Gospodarczego,* ***jeśli dotyczy.***Dane osobowe oraz medyczne będą przetwarzane przez Wykonawcę w siedzibie Zamawiającego. Wykonawca oświadcza, że przetwarzanie danych osobowych będzie się odbywało na terenie Europejskiego Obszaru Gospodarczego.  | **TAK** | **Wykonawca potwierdzi, że spełnia normy: ………….** **(Jeżeli dotyczy)** |
| 17 | Serwis musi zapewnić, aby użytkowane oprogramowanie oraz jego elementy służące do komunikacji z innymi systemami posiadanymi przez Zamawiającego, posiadało pełną funkcjonalność na standardowym koncie użytkownika systemu operacyjnego, lub pracować jako autoryzowana usługa serwisowa w systemie operacyjnym.Zdalna administracja – dotyczy pakietów 12, 13, 14, 21, 30, 31, 56, 59, 60, 63 – pozycja 1, 137, 149, 151 - **(jeżeli wymagane połączenie zdalne)** w ramach serwisu realizowana będzie z wybranego adresu/grupy adresów IP, które należy podać najpóźniej w dniu podpisania umowy. Połączenia muszą być szyfrowane (np. w standardzie ssh, ipsec). Każdorazowe nawiązanie połączenia zdalnego, musi wiązać się z wysłaniem wiadomości e-mail informującej o tym fakcie na adres: remoteaccess@skpp.edu.pl . Komunikacja między Wykonawcą a przedstawicielami Działu Informatyki Zamawiającego odbywać się będzie za pośrednictwem osób wskazanych przez Strony do kontraktu. Zmiana w/w osób do kontraktu może nastąpić za pośrednictwem pisemnego powiadomienia i nie będzie traktowana jako zmiana umowy. | **TAK** | **TAK****(Jeżeli dotyczy)** |
| 18 | Wykonanie zalecanych przez producenta niezbędnych aktualizacji oprogramowania software’u systemowego i aplikacyjnego  | **TAK** | **TAK****(Jeżeli dotyczy)** |
| 19 | Jeśli urządzenie pracuje pod kontrolą systemu Microsoft Windows i jest podłączone do sieci LAN Szpitala, Zamawiający wymaga podniesienia wersji systemu do minimum wersji Windows 8.1.  | **TAK** | **TAK****(Jeżeli dotyczy)** |
| 20 | Koszt dojazdów i pracy inżynierów uwzględniony w cenie oferty. | **TAK** | **TAK** |
| 21 | W cenie przeglądu zawarty jest koszt części niezbędnych do jego realizacji – w przypadku zaleceń w instrukcji serwisowej o koniecznej wymianie po określonej ilości rbh pracy urządzenia ujęcie tej informacji w raporcie serwisowym, a następnie przedstawienie oferty cenowej na wykonanie pracy. | **TAK** | **TAK** |
| 22 | Wszystkie rodzaje usług stanowiące przedmiot zamówienia wykonywane będą przy użyciu narzędzi i materiałów Wykonawcy (np. narzędzi specjalistycznych, serwisowego oprogramowania komputerowego do wykonania testów, kalibracji itp.). | **TAK** | **TAK** |
| 23 | Wykonawca przedstawi wykaz posiadanych testerów do realizacji przedmiotu zamówienia oraz posiadane aktualne do nich certyfikaty. | **TAK** | Wykonawca dostarczy na wezwanie Zamawiającego, po podpisaniu umowy.**(Jeżeli dotyczy)** |
| 24 | Zamawiający zapłaci tylko za zrealizowany przedmiot umowy na podstawie potwierdzonej przez użytkownika karty pracy (raportu serwisowego, karty serwisowej, protokołu serwisowego itp.) i wystawionej faktury VAT płatnej 60 dni od daty otrzymania jej przez Szpital. | **TAK** | **TAK** |
| **25** | **Komórką organizacyjną ze strony Szpitala do kontaktów z serwisem i zgłaszania awarii jest Sekcja Aparatury Medycznej.** |
| 26 | Wykonawca zobowiązuje się realizować umowę zgodnie z ofertą przetargową oraz z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. nr 107, poz. 679 ze zm.)  | **TAK** | **TAK** |
| 27 | Wykonawca przystąpi do realizacji prac po otrzymaniu zlecenia będącego potwierdzeniem realizacji zapisów w zawartej umowie. | **TAK** | **TAK** |
| 28 | Wykonawca oświadcza, że Przedmiot umowy będzie realizowany zgodnie z zaleceniami producenta aparatury, obowiązującymi normami i właściwymi przepisami oraz z zachowaniem przepisów BHP i P-POŻ, przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje. | **TAK** | **TAK** |
| 29 | Wykonawca ponosi odpowiedzialność za wszelkie szkody związane z niewłaściwą realizacją niniejszej umowy - w tym nieprawidłowym wykonaniem przeglądów i konserwacji .  | **TAK** | **TAK** |
| 30 | Wykonawca ponosi odpowiedzialność cywilną za obrażenia osób i uszkodzenia sprzętu spowodowane zawinionym działaniem lub zaniechaniem obowiązków wynikających z niniejszej umowy – w szczególności dopuszczenia nieprawnego aparatu do użytkowania.  | **TAK** | **TAK** |
|  31 | Okres obowiązywania umowy – 12 miesięcy: 01.01.2021 – 31.12.2021 | **TAK** | **TAK** |
| 32 | Wykonawca wyrazi zgodę na podpisanie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (w załączeniu do SIWZ).  | **TAK** | **TAK** |
| 33 | Wykonawca dostarczy dokumenty potwierdzające ukończone szkolenie dla wskazanych osób (np. świadectwo ukończenia, certyfikat odbycia szkolenia, autoryzacja producenta z której wynika, że szkolenie takie zostało przeprowadzone itd.) | **TAK** | Wykonawca dostarczy na wezwanie Zamawiającego, po podpisaniu umowy. |

**Zamawiający odrzuci ofertę Wykonawcy, który nie poda informacji zgodnie z zaleceniami w powyższej tabeli.**

**Wykonawca oświadcza, że spełnia i spełni wszystkie warunki wymienione w powyższej tabeli i określone w poszczególnych pakietach.**

**W przypadku, gdy pozycja wymieniona w tabeli nie dotyczy pakietu na który Wykonawca składa ofertę, należy w danej pozycji wpisać „nie dotyczy”.**

#### Załącznik nr 2A

**EZP/70/20/C (przekazać w wersji elektronicznej za pośrednictwem Platformy zakupowej. Wykonawca podpisuje ofertę kwalifikowanym podpisem elektronicznym)**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego

w Poznaniu, ul. Długa ½

### FORMULARZ OFERTOWY

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie:  ***przetarg nieograniczony***

Przedmiot zamówienia: **Usługa wykonania przeglądu technicznego oraz konserwacji aparatury i sprzętu medycznego (własność Zamawiającego) dla wszystkich jednostek szpitala – 156 pakietów**

Termin wykonania zamówienia: **12 miesięcy**

**1. Dane Wykonawcy:**

**(nazwa firmy)**

**(adres siedziby)**

**(województwo, powiat)**

**(nr faxu) (adres e-mail)**

 *Niezbędny do porozumiewania się drogą elektroniczną*

**Nr NIP (podać numer unijny): …......................................... ..................................................................**

**2. Cena jednostkowa brutto (należy podać, zgodnie z załącznikiem Nr 2 do SIWZ - tabela)**

**3. Termin płatności: 60 dni**

**4. Cena Pakietu nr ……..…… bez podatku VAT i z podatkiem VAT** .

a) bez VAT: ..............................................................................................................................................

Słownie zł: ................................................................................................................................................

b) z VAT: ..................................................................................................................................................

Słownie: ...................................................................................................................................................

c) stawka podatku VAT (%): .....................................................................................................................

**W przypadku złożenia oferty do więcej niż jednego pakietu Wykonawca powiela pkt 4 lub składa odrębne formularze.**

*Stawka podatku VAT nie obowiązuje z tytułu wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów lub Wykonawca nie ma siedziby*

*na terytorium RP, a obowiązek podatkowy ciąży na Zamawiającym (metoda odwrotnego obciążenia – revers chargé)*

**5. Wymagane dane do kryteriów oceny ofert.**

**5.1. Kryteria dla pakietów dla których nie jest wymagana autoryzacja producenta:**

**5.2. Kryterium „**przeszkolenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia”.

………. **/wpisać TAK lub NIE/**

**W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje brak przeszkolenia, tj. NIE.**

**5.3. Kryterium „**doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia” – **minimum 2 lata doświadczenia.**

 ………. **/wpisać ilość lat/**

**W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje minimalny okres doświadczenia, tj. 2 lata.**

5.4. Kryteria dla pakietów dla których jest wymagana autoryzacja producenta (Dotyczy pakietu nr: 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 53, 55, 87, 152, 155):

**5.5. Kryterium „**doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia” – **minimum 2 lata doświadczenia.**

………. **/wpisać ilość lat/**

**W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje minimalny okres doświadczenia, tj. 2 lata.**

6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia (w tym z warunkami umowy i opisem przedmiotu) i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.

7. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

8. Lista załączników:

1. Zał. nr 2 – Wykaz/opis przedmiotu zamówienia,
2. Zał. nr 3 – oświadczenie JEDZ,
3. Załącznik nr 7 – oświadczenie (dot. RODO)
4. Itd.

**\*Miejsca wykropkowane wypełnia Wykonawca**

**Załącznik nr 4**

**EZP/70/20/C**

**Wykonawca oświadczenie dostarczy zamawiającemu w terminie 3 dni od dnia przekazania informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5, w formie elektronicznej na Platformie zakupowej i opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Wykonawca:**

............................................................. **……………………….**

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: data*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………

**Dotyczy postępowania na: Usługa wykonania przeglądu technicznego oraz konserwacji aparatury i sprzętu medycznego (własność Zamawiającego) dla wszystkich jednostek szpitala – 156 pakietów**

**INFORMACJA**

**o przynależności do grupy kapitałowej**

(zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy Pzp)

**oświadczam, że Wykonawca:**

* **nie należy do grupy kapitałowej\***
* **należy do grupy kapitałowej\*** (Wykonawca składa listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, w terminie określonym w SIWZ cz. II, ust 1.6.).

*\*zaznaczyć właściwe*

#### Załącznik nr 5

**EZP/70/20/C**

W przypadku gdy Wykonawca ma siedzibę firmy poza granicami Polski, Zamawiający wprowadzi do umowy następujące zapisy:

1. W przypadku dostaw wewnątrzwspólnotowych w celu wypełnienia deklaracji INTRASTAT (system statystyki obrotów handlowych państw członkowskich Unii Europejskiej) przez Zamawiającego Wykonawca dostarczy Zamawiającemu fakturę VAT wraz z następującymi danymi dotyczącymi każdej pozycji faktury osobno:

 a) ośmiocyfrowy kod towaru zgodnie z kodem określonym w Scalonej Nomenklaturze (CN), stanowiącej załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady EWG nr 2658/87 z dnia 23 lipca 1987r. w sprawie nomenklatury taryfowej i statystycznej oraz w sprawie Wspólnej Taryfy Celnej (Dz. Urz. WE L 256 z dnia 7 września 1987r., str. 1 i n.), zmienionego rozporządzeniem Komisji nr 2344/2003 z dnia 30 grudnia 2003r. zmieniającym załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady EWG nr 2658/87 z dnia 23 lipca 1987r. w sprawie nomenklatury taryfowej i statystycznej oraz w sprawie Wspólnej Taryfy Celnej (Dz. Urz. WE L 346 z dnia 31.12.2003r., str. 38 i n.) albo – w przypadkach szczególnych – kod towarowy określony w części II ust. 2 i ust. 6 Instrukcji;

 b) opis towaru (należy podać zwyczajową nazwę handlową danego towaru w sposób umożliwiający jego identyfikację – opis musi umożliwić klasyfikację towaru według kodu Scalonej Nomenklatury (CN). Jeżeli zwyczajowa nazwa handlowa nie pozwala na jednoznaczne określenie, jakiego rodzaju jest dany towar i do której pozycji CN należy go przypisać, nazwę tę należy uzupełnić o informacje dotyczące rodzaju materiału, sposobu obróbki, celu wykorzystania lub innych kryteriów służących do kwalifikacji towaru według kodu CN;

 c) masa netto (w pełnych kilogramach) - masa netto to masa towaru bez opakowania. W przypadku, gdy masa towaru wynosi mniej niż 0,50 kilograma, należy wpisać "0". Jeżeli masa wynosi 0,50 kilograma lub więcej, lecz mniej niż 1 kilogram, należy wpisać"1". Dla mas większych od 1 kilograma wartości po przecinku należy zaokrąglać według zasad matematycznych. Wypełnienie tego pola nie jest wymagane dla kodów towarowych, określonych w aneksie "H" do Instrukcji;

d) ilość w uzupełniającej jednostce miary – należy podać ilość towaru w liczbach całkowitych, wyrażoną w jednostce miary wskazanej dla danej pozycji towarowej w obowiązującej wersji Scalonej Nomenklatury (CN), jeżeli dla danego kodu towarowego przewiduje ona dodatkową jednostkę miary (w przeciwnym razie pola tego nie należy wypełniać). Wartości po przecinku należy zaokrąglać zgodnie z zasadami matematycznymi, np. w przypadku, gdy ilość towaru podanego w litrach wynosi mniej niż 0,5 litra, należy wpisać "0". Jeżeli ilość towaru wynosi 0,5 litra lub więcej, należy wpisać "1".

2. W przypadku braku danych, o których mowa w pkt. 2 na fakturze i braku pisemnego uzupełnienia przez Wykonawcę tych danych Wykonawca wyraża zgodę na zapłatę grzywny według taryfikatora urzędu Celnego za niezłożenie deklaracji INTRASTAT – PRZYWÓZ w terminie.

3. W przypadku, gdy spoza obszaru Unii Europejskiej dostawa towaru nie ma charakteru dostawy wewnątrzwspólnotowej i nie objęta jest koniecznością sporządzania przez Zamawiającego deklaracji INTRASTAT pkt.1 załącznika nr 7 nie jest obowiązujący.

4. W przypadkach określonych nowelizacją ustawy o VAT z dnia 11.03.2004, gdy nie dochodzi do wewnątrzwspólnotowej dostawy towarów ze względu na brak dostawy spoza granic RP a dostawcą jest podmiot (Wykonawca) nie posiadający siedziby na terytorium RP pkt. 1 załącznika nr 5 nie jest obowiązujący.

**Załącznik nr 6**

**EZP/70/20/C**

*Klauzula informacyjna z art. 13 RODO do zastosowania przez zamawiających w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego*

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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), dalej „RODO”, informuję, że:

* administratorem Pani/Pana danych osobowych jest ***Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 61-848 Poznań, ul. Długa ½ tel. 061 854 91 21***
* inspektorem ochrony danych osobowych w Szpitalu Klinicznym Przemienienia PańskiegoUniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu *jest Pani Violetta Matecka tel. 061 854 93 17; email violetta.matecka@skpp.edu.pl*
* Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia *publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego;*
* odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 i 2018), dalej „ustawa Pzp”;
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
* obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
* w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
* posiada Pani/Pan:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **\*\***;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
* nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;

na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

W związku z powyższym Wykonawca składa oświadczenie zgodnie z zał. Nr 7.

**Załącznik nr 7**

**EZP/70/20/C**

**(Wykonawca oświadczenie dołączy do oferty w formie elektronicznej, opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym)**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

 ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

**Wykonawca:**

…………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

*w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO*

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) 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)

#### Załącznik nr 8 (Wykonawca, którego oferta oceniona zostanie jako najkorzystniejsza dostarczy na wezwanie Zamawiającego)

**Wykonawca podpisuje kwalifikowanym podpisem elektronicznym i składa na Platformie zakupowej, zgodnie z treścią SIWZ.**

**EZP/70/20/C**

**Dotyczy postępowania na: Usługa wykonania przeglądu technicznego oraz konserwacji aparatury i sprzętu medycznego (własność Zamawiającego) dla wszystkich jednostek szpitala – 156 pakietów**

Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usługi, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Zakres wykonywanych prac** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |