|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wzór Formularza Oferty Zapytania ofertowego | PR25\_P01\_F29\_W2 |

Bydgoszcz dn. 6/09/2021r.

oznaczenie sprawy 770/RBZM/21

**FORMULARZ OFERTY**

*dla zamówień o wartości poniżej 130 000 PLN -określonych na podstawie art. 2 ust 1 pkt 1 Ustawy z dnia 11 września 2019 roku – Prawo zamówień publicznych (Dz.U..z 2019r. poz. 2019 ze zm.* 2020r. poz. 288, 1492, 1517, 2275 i 2320*)- do niniejszego zamówienia ustawy nie stosuje się.*

**Część A** (wypełnia Zamawiający)

1. **Nazwa i adres Zamawiającego:**

10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Bydgoszczy

ul. Powstańców Warszawy 5 , 85-681 Bydgoszcz

1. **Przedmiotem zamówienia jest:**
Przegląd techniczny - DEFIBRYLATOR DEFICARD „S” MODEL „B”
2. **Opis przedmiotu zamówienia:**

Przegląd techniczny zgodnie z zaleceniami producenta w tym :

- Test funkcjonalności urządzenia;
- Test bezpieczeństwa elektrycznego urządzenia;
- Oferta uwzględnia koszt transportu urządzenia w obydwie strony (w przypadku gdy wykonawca nie wykona usługi u zamawiającego).

1. **Termin wykonania zamówienia:** do 30-09-2021
2. **Płatność w terminie 30 dni od odbioru otrzymania faktury**

 **Kryteria i zasady oceny ofert :**

- Cena usługi – 80 %

- Autoryzacja producenta – 20 %
\*- Liczba punktów = ( Cmin./ Cof.) x 100 x waga(80))
-C min. – najniższa cena spośród wszystkich ofert
-C.of – cena podana w ofercie

1. **Forma złożenia oferty:**

Ofertę (wypełniony „Formularz oferty – część B” wraz z wymaganymi załącznikami
gdy dotyczą) należy złożyć w terminie do dnia 10-09-2021 w formie:

1. ~~pisemnej (osobiście w kancelarii Zamawiającego w dni robocze
od poniedziałku do piątku w godzinach od 7~~~~30~~ ~~do 14~~~~30~~ ~~lub listownie na adres Zamawiającego) (\*);~~
2. ~~faksem na numer (\*): 261 416 110~~
3. w wersji elektronicznej na adres e-mail: (\*) rbzmed@10wsk.mil.pl

Oferta złożona po terminie, nie będzie rozpatrywana (oceniana).

1. **Do oferty należy dołączyć**: aktualną autoryzację producenta lub firmy upoważnionej przez producenta uprawniające zleceniobiorcę do wykonania przeglądów okresowych lub

aktualny certyfikat ukończenia szkolenia pracowników obejmujący urządzenia wymienione w formularzu wydany przez producenta lub firmę upoważnioną przez producenta nadający uprawnienia do należytego wykonania zlecenia w zakresie obejmującym zadanie lub

oświadczenie producenta uprawniające do wykonania przeglądów okresowych urządzeń wymienionych w formularzu albo

oświadczenie o przeszkoleniu personelu uprawniające do wykonywania przeglądów okresowych sprzętu objętego postępowaniem oraz wzięcie na siebie odpowiedzialności za niewłaściwe wykonanie zlecenia.

1. **Informacje dodatkowe**:
2. zawiadomienie o wyborze najkorzystniejszej oferty zostanie przesłane
do Wykonawców, którzy złożyli oferty;
3. ~~Zamawiający ma zamiar zawrzeć z Wykonawcą umowę w formie pisemnejna wykonanie zamówienia~~;
4. niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Zamawiającego
do zawarcia umowy.
5. ~~ogólne warunki umowy stanowią załącznik do niniejszego formularza oferty.~~
6. Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania
bez podania przyczyny. W przypadku unieważnienia postępowania Zamawiający nie ponosi kosztów postępowania;

10. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych:

Zamawiający, 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”, informuje, że:

1. w celu prowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr sprawy ...../...,prowadzonego w trybie zapytania ofertowego, przetwarzane będą dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO;
2. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: **10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej** ul. Powstańców Warszawy 5, 85-681 Bydgoszcz Tel.: 261 417 001; 261, Faks: 261 416 110, e-mail: szpital@10wsk.mil.pl.
3. inspektorem ochrony danych osobowych w 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej jest p. Marek Powała kontakt: marek.powala@10wsk.mil.pl
4. 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 Pzp;
5. 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;
6. 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;
7. w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
8. 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, z tym że skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych, z tym że prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych, nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
1. 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;
1. Zamawiający dołoży wszelkich starań, aby zapewnić odpowiednie środki ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym lub umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa
2. **Integralną częścią niniejszego Formularza oferty (części A) jest:**
3. Formularz oferty

 ppor. Cezary TRZASKOWSKI

(podpis osoby prowadzącej postępowanie)

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

(\*) niepotrzebne skreślić

**Część B** (wypełnia Wykonawca)

**FORMULARZ OFERTY**

*dla zamówień o wartości poniżej 130 000 PLN - określonych na podstawie art. 2 ust 1 pkt 1 Ustawy*

*z dnia 11 września 2019 roku – Prawo zamówień publicznych (Dz.U.z 2019r. poz. 2019 ze zm.* 2020r. poz. 288, 1492, 1517, 2275 i 2320*)- do niniejszego zamówienia ustawy nie stosuje się.*

Przegląd techniczny - DEFIBRYLATOR DEFICARD „S” MODEL „B”

1. **Nazwa i adres Wykonawcy:**

 Nazwa:…………………………………………………………………………………………….

 ………………..…………………………………………………………………………………......

 Adres:……………………………………………………………………………………………...

 ……………………………………………………………………………………………………....

 NIP: ………………………………………………………………………………………….…….

 REGON: ………………………………………………………………………………..…..…….

 Telefon i fax.: …………………………………………………………….………………..…….

 e-mail: ………………………………….………………………………………………………….

1. **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za:**

Cenę netto: ………………………………….[PLN]

VAT%: ……….

Cenę brutto: ………………………………….[PLN]

słownie brutto: ………………………………………………………………...….……...

1. **Przedmiot zamówienia wykonamy w terminie** ………………...................................
2. **Udzielamy/zapewniamy**………………………………………………………………………

………………………………………………………………………..………….......…………………..

(w zależności od kryteriówokreślonych przez Zamawiającego w Formularzu oferty
w części Aw pkt 6)

1. **Oświadczamy, iż uważamy się za związanych z niniejszą ofertą**
**przez okres** ………….…. **dni liczonych od dnia składania ofert**.
2. **Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia**oraz ogólnymi warunkami umowy **i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.**
3. **Oświadczamy, że:**
* prowadzimy działalność gospodarczą w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia zarejestrowaną w Krajowym Rejestrze Sądowym\* lub wpisanej w Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności Gospodarczej\*,
* posiadamy wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia,
* dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi
do wykonania zamówienia,
* znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
* Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu
1. **Zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy z uwzględnieniem zaoferowanych danych ofertowych w miejscu
i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.**

(w przypadku gdy Zamawiający zamierza zawrzeć z Wykonawcą umowę w formie pisemnej
na wykonanie zamówienia)

1. **Integralną częścią niniejszego Formularza oferty (części B) jest:**
2. ………………………………………………..
3. ………………………………………………..
4. ………………………………………………..

…………………..…. dnia ………………

……………………………………………..

 (podpis osoby uprawnionej)

……………………………………………..

 (pieczęć Wykonawcy)

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

(\*) niepotrzebne skreślić