|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\10WSK\Desktop\logo_transparetne2.tif | Wzór Formularza Oferty | PR25\_P01\_F29\_W2 |

Bydgoszcz, dn.09.09.2021 r.

oznaczenie sprawy 787 /WZMed/21

(*oznacza Szef SZP*)

**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:**

**Dostawa :**

* **Kołnierz ortopedyczny typu CAMPA dla dorosłych**

**rozmiar M - dla kobiet – 3 sztuki**

* **Kołnierz ortopedyczny typu CAMPA dla dorosłych**

**rozmiar L - dla mężczyzn – 3 sztuki**

1. **Opis przedmiotu zamówienia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa towaru** | **J.M** | **Ilość** |
| 1. | Kołnierz ortopedyczny typu CAMPA dla dorosłych ,rozmiar M-dla kobiet, dwuczęściowy, sztywny ,wykonany z tworzywa piankowego, wyposażony w otwory zapewniające cyrkulację powietrza ,zapinany i regulowany przy pomocy taśmy zapinanej na rzep, w części tylnej i przedniej wzmocniony metalowymi wspornikami ,bez otworu | szt. | 3 |
| 2. | Kołnierz ortopedyczny typu CAMPA dla dorosłych ,rozmiar L-dla mężczyzn, dwuczęściowy, sztywny ,wykonany z tworzywa piankowego, wyposażony w otwory zapewniające cyrkulację powietrza ,zapinany i regulowany przy pomocy taśmy zapinanej na rzep, w części tylnej i przedniej wzmocniony metalowymi wspornikami ,bez otworu | szt. | 3 |

1. **Termin wykonania zamówienia:** **do** **14 dni**
2. **Płatność w terminie do 14 dni**
3. **Kryteria i zasady oceny ofert**

Cena - 100%

1. **Forma złożenia oferty:**

Ofertę (wypełniony „Formularz oferty – część B” wraz z wymaganymi załącznikami  
gdy dotyczą) należy złożyć w terminie 2 dni od zamieszczenia na stronie internetowej czyli do 1**0.09.2021 do godz.12.00** 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. telefonicznie na numer (\*): 261 416 215
3. w wersji elektronicznej na adres e-mail: (\*) [**wioletta.kaszuba@10wsk.mil.pl**](mailto:wioletta.kaszuba@10wsk.mil.pl)

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

1. **Informacje dodatkowe**:
2. zawiadomienie o wyborze najkorzystniejszej oferty zostanie przesłane   
   do Wykonawcy z najkorzystniejsza ofertą ;
3. ~~Zamawiający ma zamiar zawrzeć z Wykonawcą umowę w formie pisemnej na wykonanie zamówienia;~~
4. niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Zamawiającego  
   do zawarcia umowy/ zlecenia .
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;
7. 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 publiczne :Dostawa :Kołnierz ortopedyczny CAMPA dla dorosłych-rozmiar M i L - nr sprawy 787 /WZmed/21,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; 261 417 448, Faks: 261 416 110, e-mail: szpital@10wsk.mil.pl

1. 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
2. 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;
3. 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;
4. 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;
5. w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
6. 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. itp. …
3. **Integralną częścią niniejszego Formularza oferty (części A) jest:**
4. Formularz oferty

Wioletta Kaszuba

…………………………………………

(podpis osoby prowadzącej postępowanie)

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

(\*) niepotrzebne skreślić

oznaczenie sprawy 787 /WZMed/21

**Część B** (wypełnia Wykonawca)

**FORMULARZ OFERTY**

*Na podstawie art. 4 pkt 8 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku – Prawo zamówień publicznych   
(tekst jednolity Dz. U. z 2018r. poz.1986,z późn. zm.)   
do niniejszego zamówienia ustawy nie stosuje się.*

**Dostawa :**

* **Kołnierz ortopedyczny typu CAMPA dla dorosłych**

**rozmiar M-dla kobiet – 3 sztuki**

* **Kołnierz ortopedyczny typu CAMPA dla dorosłych**

**rozmiar L– dla mężczyzn – 3 sztuki**

(nazwa przedmiotu zamówienia - wypełnia Zamawiający przed przekazaniem   
formularza dla Wykonawcy)

* + - 1. **Nazwa i adres Wykonawcy:**

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

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

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

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

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

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

Telefon i fax.: …………………………………………………………….………………..…… *e-mail: ………………………………….………………………………………………………….*

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa towaru | J.M | Ilość | Cena jednostkowa netto | VAT % | Wartość netto | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto |
| 1. | Kołnierz ortopedyczny typu CAMPA dla dorosłych ,rozmiar M-dla kobiet, dwuczęściowy, sztywny ,wykonany z tworzywa piankowego, wyposażony w otwory zapewniające cyrkulację powietrza ,zapinany i regulowany przy pomocy taśmy zapinanej na rzep, w części tylnej i przedniej wzmocniony metalowymi wspornikami ,bez otworu | szt. | 3 |  |  |  |  |  |
| 2. | Kołnierz ortopedyczny typu CAMPA dla dorosłych ,rozmiar L-dla mężczyzn, dwuczęściowy ,sztywny, wykonany z tworzywa piankowego, wyposażony w otwory zapewniające cyrkulację powietrza ,zapinany i regulowany przy pomocy taśmy zapinanej na rzep, w części tylnej i przedniej wzmocniony metalowymi wspornikami ,bez otworu | szt. | 3 |  |  |  |  |  |
|  | ***Koszty dodatkowe np. Transport*** |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem: | | | | | |  |  |  |

**CENA ZA 1 szt. – ad.1**

Cena netto: ………………………………….[PLN]

stawka VAT: ………%.

Cena brutto: ………………………………….[PLN]

słownie brutto: ………………………………….[PLN]

**CENA ZA 1 szt. – ad.2**

Cena netto: ………………………………….[PLN]

stawka VAT: ………%.

Cena brutto: ………………………………….[PLN]

słownie brutto: ………………………………….[PLN]

**WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA:**

Cena netto: ………………………………….[PLN]

stawka VAT: ………%.

Cena brutto: ………………………………….[PLN]

słownie brutto:

…………………………………………………………………………………………

W przypadku ewentualnych kosztów wysyłki prosimy je wyszczególnić, a następnie dodać do oferty

**3. Przedmiot zamówienia wykonamy w terminie** ……………….

**4. Oświadczamy, iż uważamy się za związanych z niniejszą ofertą**   
**przez okres** …….…. **dni liczonych od dnia składania ofert**.

1. **Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia   
   i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.**
2. **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

…………………..…. dnia ….……..

……………………………………………..

(podpis osoby uprawnionej)

……………………………………………..

(pieczęć Wykonawcy)

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

(\*) niepotrzebne skreślić