|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wzór Formularza Oferty Zapytania ofertowego | PR25\_P01\_F29\_W3 |

Bydgoszcz dn. 08.07.2022 r.

oznaczenie sprawy  **494**  **/WZMed/22**

(*oznacza Kier.SZP*)

**FORMULARZ**

**ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

*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 2021r. poz. 1129 z późn.zm.)  
- do niniejszego zamówieniaustawynie 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:**

**Zad 1. NAPRAWA PO PRZEPROWADZONEJ DIAGNOSTYCE - AUTOMAT MYJĄCO-DEZYNFEKUJĄCY PRZELOTOWY DO NARZĘDZI**

**- WD250/1 SN: 998311007020;**

**- WD250/2 SN: 998311007021;**

**- WD 250/3 SN: 998311007022.**

**Zad 2. NAPRAWA PO PRZEPROWADZONEJ DIAGNOSTYCE STERYLIZATORA PAROWEGO PRZELOTOWEGO A sn: 11677**

**Zad 3. NAPRAWA PO PRZEPROWADZONEJ DIAGNOSTYCE STERYLIZATORA PAROWEGO PRZELOTOWEGO B sn: 12407**

**Zad 4. NAPRAWA PO PRZEPROWADZONEJ DIAGNOSTYCE STERYLIZATORA PLAZMOWEGO RENO D50 sn: 1028**

*Dopuszcza się / nie dopuszcza się składania ofert częściowych\**

**Opis przedmiotu zamówienia:**(lub w odrębnym załączniku do Formularza oferty)

**AWARIA MYJNI**

1. **Termin wykonania zamówienia:** **do 7 dni od czasu otrzymania zamówienia.**
2. **Płatność w terminie** **30** **dni**
3. **Oferta powinna uwzględnić koszty użytych części i koszty dojazdu.**

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

*(inne warunki)*

1. **Kryteria i zasady oceny ofert**

**Kryteria i zasady oceny ofert**

**Cena- 100%**

**Gwarancja naprawy – min. 6 m-cy.**

*(np. cena, okres gwarancji, świadczenieserwisu pogwarancyjnego,itp.)*

1. **Forma złożenia oferty:**

Ofertę (wypełniony „Formularz oferty – część B” wraz z wymaganymi załącznikami, jeżeli dotyczą) należy złożyć w terminie do dnia **14.07.2022, godz. 15:00** w formie:

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

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

1. **Do oferty należy dołączyć**: dokument autoryzacji, certyfikat szkolenia lub oświadczenie o przeszkoleniu personelu uprawniającego do wykonywania tego typu napraw.
2. **Informacje dodatkowe**:
3. zawiadomienie o wyborze najkorzystniejszej oferty zostanie przesłane do Wykonawców, którzy złożyli oferty;
4. ~~Zamawiający ma zamiar zawrzeć z Wykonawcą umowę w formie pisemnej na wykonanie zamówienia(\*);~~
5. Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Zamawiającego do zawarcia umowy.
6. ~~ogólne warunki umowy stanowią załącznik do niniejszego formularza oferty~~(\*).
7. Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania bez podania przyczyny. W przypadku unieważnienia postępowania Zamawiający nie ponosi kosztów postępowania;
8. Dodatkowe informacje do uzyskania u p. Agnieszki Kiciak Tel./e-mail **261 416 197**

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 niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego 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 BydgoszczTel.: 261 417 001; 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 Zdrowotnejjest 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. ~~Opis przedmiotu zamówienia~~\*
4. ~~Ogólne warunki umowy~~\*;
5. Itp. ……

…………………………………………

(podpis osoby prowadzącej postępowanie)

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

(\*) niepotrzebne skreślić

oznaczenie sprawy  **494 /WZMed/22**

(*oznacza Kier.SZP*)

**Część B** (wypełnia Wykonawca)

**FORMULARZ**

**ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

*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 2021r. poz. 1129 z późn. zm.)  
- do niniejszego zamówieniaustawy nie stosuje się.*

**Zad 1. NAPRAWA PO PRZEPROWADZONEJ DIAGNOSTYCE - AUTOMAT MYJĄCO-DEZYNFEKUJĄCY PRZELOTOWY DO NARZĘDZI**

**- WD250/1 SN: 998311007020;**

**- WD250/2 SN: 998311007021;**

**- WD 250/3 SN: 998311007022.**

**Zad 2. NAPRAWA PO PRZEPROWADZONEJ DIAGNOSTYCE STERYLIZATORA PAROWEGO PRZELOTOWEGO A sn: 11677**

**Zad 3. NAPRAWA PO PRZEPROWADZONEJ DIAGNOSTYCE STERYLIZATORA PAROWEGO PRZELOTOWEGO B sn: 12407**

**Zad 4. NAPRAWA PO PRZEPROWADZONEJ DIAGNOSTYCE STERYLIZATORA PLAZMOWEGO RENO D50 sn: 1028**

*(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:**

Zadanie nr : 1

Cenę netto: ………………………………….[PLN]

VAT%: ……….

Cenę brutto: ………………………………….[PLN]

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

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

/ odpowiednio dla zadań /\*

**Udzielamy/zapewniamy**………………………………………………………………………

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

*(w zależności od kryteriów określonych przez Zamawiającego w Formularzu oferty w części A w pkt 6)*

Zadanie nr : 2

Cenę netto: ………………………………….[PLN]

VAT%: ……….

Cenę brutto: ………………………………….[PLN]

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

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

/ odpowiednio dla zadań /\*

**Udzielamy/zapewniamy**………………………………………………………………………

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

*(w zależności od kryteriów określonych przez Zamawiającego w Formularzu oferty w części A w pkt 6)*Zadanie nr : 3

Cenę netto: ………………………………….[PLN]

VAT%: ……….

Cenę brutto: ………………………………….[PLN]

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

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

/ odpowiednio dla zadań /\*

**Udzielamy/zapewniamy**………………………………………………………………………

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

*(w zależności od kryteriów określonych przez Zamawiającego w Formularzu oferty w części A w pkt 6)*Zadanie nr : 4

Cenę netto: ………………………………….[PLN]

VAT%: ……….

Cenę brutto: ………………………………….[PLN]

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

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

/ odpowiednio dla zadań /\*

**Udzielamy/zapewniamy**………………………………………………………………………

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

*(w zależności od kryteriów określonych przez Zamawiającego w Formularzu oferty w części A w 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 sięw przypadku wyboru naszej oferty, do ~~zawarcia umowy~~/ przyjęcia zlecenia z uwzględnieniem danych złożonych w zapytaniu ofertowym w miejscu   
   i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.**
2. **Integralną częścią niniejszego Formularza oferty (części B) jest:**
3. ………………………………………………..\*
4. ………………………………………………..\*
5. ………………………………………………..\*

…………………..…. dnia ………………

……………………………………………..

*(podpis osoby uprawnionej)*

……………………………………………..

*(pieczęć Wykonawcy)*

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

(\*) niepotrzebne skreślić