**ZAŁACZNIK NR 2**

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa wykonawcy .................................................................................................

Adres wykonawcy .................................................................................................

Miejscowość ................................................ Data .....................

Numer telefonu ………….……........................................

Numer faksu ……………………. ......................................

Numer REGON …………………………..................................................

Numer NIP/PESEL …………………………..............................................

Dane dotyczące Zamawiającego

Szpital Ogólny

Ul. Szpitalna 5

18 – 200 Wysokie Mazowieckie

Zobowiązania wykonawcy

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu publicznym na **zakup leków .**

Numer sprawy : **16 / 2018**

**Termin dostawy :**

**Oferują dostawę leków na cito ……….. godzin .**

**1)leki na cito – dostawa do 8 godzin – 20 pkt.**

**dostawa 9 – 12 godzin – 0 pkt.**

**Termin dostawy nie może być dłuższy niż 12 godzin**

**Oferują dostawę pozostałych leków ……… godzin**

**2)Dostawa pozostałych leków – dostawa do 24 godzin – 20 pkt.**

**dostawa od 25 – 48 godzin – 0 pkt.**

**Termin dostawy nie może być dłuższy niż 48 godzin**

**Uwaga : Termin dostawy jest jednym z kryteriów oceny ofert .**

Informacja dot. powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:

Informuję, że:

wybór oferty **nie będzie / będzie** \* prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego na podstawie ustawy z dnia 09.04.2015r. o zmianie ustawy o podatku i usług oraz ustawy Prawo zamówień publicznych .

Oświadczam, że:

Wykonam zamówienie publiczne w terminie do dnia zgodnie z SIWZ , oraz istotnymi postanowieniami umowy.

**HASŁO DOSTĘPU DO PLIKU JEDZ**

**SPAKOWANEGO APLIKACJĄ ZGODNIE Z PUNKTEM VIII.1.**

**……………………………………………………………………………….**

Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

1.Oświadczam, że zapoznałem się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, nie wnoszę żadnych

zastrzeżeń oraz uzyskałem niezbędne informacje do przygotowania oferty.

2.Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków

zamówienia.

3.Oświadczam, że załączone do specyfikacji istotnych warunków zamówienia postanowienia umowy / wzór

umowy zostały przeze mnie zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty

do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

4.Oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w specyfikacji istotnych warunków

zamówienia

5.Zobowiązujemy się do wykonania zamówienia w terminie oraz w sposób zgodny z warunkami / wymaganiami

organizacyjnymi określonymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz załącznikach do niej.

Dokumenty :   
Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam : …………………………………………………………………………………………….  
…………………………………………………………………………………………….  
…………………………………………………………………………………………….  
…………………………………………………………………………………………….

Informacje na temat podwykonawców :

Zamówienie wykonam z udziałem / bez udziału podwykonawców \*- niepotrzebne skreślić).

Wykaz podwykonawców oraz zakres zleconych prac .…………………………………………………………………………………………..  
…………………………………………………………………………………………..  
…………………………………………………………………………………………..

Zastrzeżenie wykonawcy

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę, stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, nie mogą być udostępniane (wykonawca zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa):

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

.................................................................................

(data i czytelny podpis wykonawcy)

Zgodnie z art.13 ust 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy , że:

1)administratorem danych osobowych Wykonawcy jest Szpital Ogólny , 18-200 Wysokie Mazowieckie,

ul. Szpitalna 5; 2)administrator wyznaczył Inspektora Danych Osobowych , z którą mogą się Państwo

kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: a.staskiewicz@szpitalwysmaz.pl;

3)administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust.1 lit.b)RODO, tj. przetwarzanie

jest niezbędne w celu wykonania umowy, której strona jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań

na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;

4)dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także

na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z

realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelaria prawna, dostawca oprogramowania, zewnętrznym

auditorem, zleceniobiorca świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);

5)administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji

międzynarodowych;

6)mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art.13 ust 2 RODO informujemy, że:

- państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przedawnienia wynikającego z ustawy

z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks cywilny;

- przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a

także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania . prawo do przeniesienia danych oraz prawo do

wniesienia skargi do organu nadzorczego;

- podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją

niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy; administrator nie podejmuje decyzji w sposób

zautomatyzowany w oparciu o państwa dane osobowe.

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.\*

.............................................................................................   
 (data i czytelny podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej)

⃰ Niepotrzebne skreślić

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).