DZP.381.48B.2021 Załącznik nr 1

 **ZMODYFIKOWANY**

**FORMULARZ OFERTOWY DLA UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO
IM. PROF. K. GIBIŃSKIEGO SUM W KATOWICACH**

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

Siedziba: ...........................................................................................................................................

Adres zamieszkania**\***………………………………………………………………………………

***\*)*** *dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarcza oraz wspólników w spółce cywilnej*

REGON ......................................... NIP .......................................... KRS…………………………

Tel. ......................................... fax ..........................................

e-mail ....................................................................................................

Adres strony www *................................................................................... (jeśli istnieje)*

numer konta …………………………………………………………………………. *(w celu wpisania do umowy - w przypadku nie podania numeru konta Wykonawca zobowiązany jest wpisać numer konta w umowie)*

Ubiegając się o zamówienie publiczne na **Obsługę serwisową aparatury okulistycznej III** oferujemy realizację przedmiotowego zamówienia w zakresie objętym specyfikacją warunków zamówienia (dalej w treści: SWZ) za łączną kwotę określoną w formularzu cenowym.

**Dotyczy Wykonawców składających ofertę w zakresie pakietu 1:**

Oświadczamy, iż oferujemy następujący termin wykonania naprawy bez konieczności użycia części zamiennych: ……. dni roboczych (maksymalny termin to **5 dni roboczych**) od dnia zgłoszenia awarii przez Zamawiającego. *(W przypadku nie uzupełnienia Zamawiający przyjmuje, iż Wykonawca oferuje 5 dniowy termin wykonania naprawy od dnia zgłoszenia awarii przez Zamawiającego.*)

**Dotyczy Wykonawców składających ofertę w zakresie pakietu 2-10:**

Oświadczamy, iż oferujemy następujący termin wykonania naprawy bez konieczności użycia części zamiennych**:** ……. dni robocze (maksymalny termin to 3 dni robocze) od dnia zgłoszenia awarii przez Zamawiającego. *(W przypadku nie uzupełnienia Zamawiający przyjmuje, iż Wykonawca oferuje 3 dniowy termin wykonania naprawy bez konieczności użycia części zamiennych od dnia zgłoszenia awarii przez Zamawiającego. Jeżeli Wykonawca oferuje różne terminy dla różnych pakietów należy to w czytelny sposób wpisać w wyżej wykropkowanym miejscu np. dla pakietu nr … - …dni roboczych; dla pakietu nr … - dni roboczych)*

**Termin płatności:**

W ciągu 30 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT.

Oświadczamy, iż osoby wykonywujące usługi serwisowe aparatury okulistycznej posiadają kwalifikacje do konserwacji i napraw urządzeń medycznych.

Oświadczamy, że następującą część zamówienia ................................ zamierzam powierzyć podwykonawcom w związku z czym wskazuję następujących podwykonawców: *(podać nazwę firmy)* …………… ………………

*(W przypadku nie wypełnienia podpunktu Zamawiający przyjmuje, iż Wykonawca nie zamierza powierzyć żądnej części zamówienia podwykonawcy)*

Zapoznaliśmy się z SWZ, nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty i zobowiązujemy się spełnić wszystkie wymienione w SWZ wymagania Zamawiającego.

Oświadczamy, że wybór naszej oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, w sytuacji, gdy nie dołączyliśmy do oferty informacji wykonawcy o powstaniu obowiązku podatkowego.

Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą do terminu wskazanego w SWZ.

W przypadku wybrania naszej oferty jako najkorzystniejszej deklarujemy gotowość podpisania umowy niezwłocznie po upływie 5 dni od przesłania zawiadomienia o wyborze oferty, chyba że zostanie wniesione odwołanie. Przyjmujemy do wiadomości, iż w sytuacji gdy w postępowaniu o udzielenie zamówienia zostanie złożona tylko jedna oferta to Zamawiający będzie mógł zawrzeć umowę przed upływem tego terminu.

Zobowiązuje się w dniu zawarcia umowy zawrzeć umowę o powierzenie przetwarzania danych osobowych na warunkach wskazanych we wzorze umowy stanowiącym Załącznik do SWZ. W przypadku, gdy obsługę serwisową świadczyć będzie wskazany w ofercie Wykonawcy inny podmiot przyjmuje na siebie obowiązek spowodowania, że podmiot ten zawrze z Zamawiającym umowę o powierzenie przetwarzania danych osobowych w terminie, o którym mowa w zdaniu pierwszym.

Oświadczamy, iż zawarta w SWZ treść wzoru umów wraz z załącznikami została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umów na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

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

***\*)*** *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, może wykreślić treść niniejszego oświadczenia)*

Znając treść art. 297 §1 kodeksu karnego, oświadczamy, że dane zawarte w ofercie, dokumentach i oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym.

Rodzaj Wykonawcy:

1. mikro przedsiębiorstwo
2. małe przedsiębiorstwo
3. średnie przedsiębiorstwo
4. jednoosobowa działalnością gospodarczą
5. osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej
6. inny rodzaj

*(\*Niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć – punkt nieobowiązkowy)*

Do kontaktów z Wykonawcą upoważniamy: ……………………………………………..

Tel. ....................................................

Fax. ....................................................

Adres e-mail *…………………………*