DZP/381/44/EAT/2019 Załącznik nr 1

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

pieczęć firmowa wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY - ZMODYFIKOWANY**

dla Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. Prof. K. Gibińskiego

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Nazwa Wykonawcy ................................................................................................................

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

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

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

REGON ............................................. NIP .......................................................................

tel. ................................................... fax ........................................................................

Strona www ...................................... e-mail ...................................................................

Numer konta ………………………………………… *(w celu wpisania do umowy )*

Osoba wskazana do kontaktu z Zamawiającym ………………………………………….……………

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na **Obsługę serwisową aparatu RTG Cios Alpha Siemens** oferujemy realizację przedmiotowego zamówienia za maksymalną łączną kwotę

określoną w dołączonym formularzu cenowym.

cena netto ...................... zł **\***

podatek VAT ........% tj. .............. zł**\***

cena ofertowa brutto: ................................. zł **\*** (słownie:.............................................................................................................zł)

***\*****) dotyczy Tabel I i II z załącznika nr 2*

* 1. Termin płatności: zgodnie z umową.
  2. Oświadczamy, iż czas termin wykonania naprawy bez użycia części zamiennych (liczony od momentu złożenia przez Zamawiającego pisemnego zgłoszenia) wynosi ………………… godzin (należy wpisać oferowaną ilość godzin - maksymalnie 60 godzin. W przypadku nie uzupełnienia Zamawiający przyjmuje, iż Wykonawca oferuje 60 godzin.)
  3. Oświadczamy, iż czas termin wykonania naprawy z użyciem części zamiennych (liczony od momentu zaakceptowania przez Zamawiającego oferty) wynosi ………………… dni robocze (należy wpisać oferowaną ilość dni - maksymalnie 3 dni robocze. W przypadku nie uzupełnienia Zamawiający przyjmuje, iż Wykonawca oferuje 3 dni robocze)
  4. Oświadczamy, iż okres gwarancji na części zamienne wynosi ……………… miesięcy (należy wpisać oferowaną ilość miesięcy - minimalnie 12 miesięcy.
  5. Oświadczamy, że :

a) TAK, posiadamy autoryzację producenta/autoryzowanego serwisu w zakresie serwisowania aparatu RTG Cios Alpha  objętego zaproszeniem

b) NIE, posiadamy autoryzację producenta/autoryzowanego serwisu w zakresie serwisowania aparatu RTG Cios Alpha  objętego zaproszeniem

***\*****) niepotrzebny podpunkt (a lub b) skreślić lub właściwy zaznaczyć*

(W przypadku nie skreślenia lub nie zaznaczenia żadnego podpunktu Zamawiający przyjmuje, że Wykonawca deklaruje „NIE posiadamy autoryzacji producenta/autoryzowanego serwisu w zakresie serwisowania aparatu RTG Cios Alpha  objętego zaproszeniem)

* 1. 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)*

* 1. Oświadczamy, że
* oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania opisane w zaproszeniu wraz z załącznikami, jesteśmy świadomi, że niespełnienie któregokolwiek z wymogów spowoduje odrzucenie oferty;
* zawarta w Zaproszeniu do składania ofert treść projektu umowy została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

10. W związku z wdrożoną u Zamawiającego procedurą PB – 4.4.6-02 „Organizowanie prac związanych z zagrożeniami przez wykonawców” oświadczamy że zapoznaliśmy się z w/w procedurą dostępną pod adresem https://www.uck.katowice.pl/uploads/files/procedurapb.pdf oraz w przypadku wyboru naszej oferty wypełnimy i podpiszemy następujące dokumenty:

* załączniki nr 1 (Zobowiązanie Wykonawcy)
* załącznik nr 3 (Lista pracowników Wykonawcy poinformowanych o zagrożeniach wynikających z działalności Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach)
* załącznik nr 4 (Zasady środowiskowe dla Wykonawców)
* załącznik nr 5 ( Informacje o ryzykach pochodzących od Wykonawcy

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

podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy