**Formularz oferty**

Pieczęć Wykonawcy

Nr sprawy : 8/poza/2025

**Nazwa i adres WYKONAWCY[[1]](#footnote-1)**

Nazwa/Imię, nazwisko Wykonawcy:

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

Zarejestrowany adres Wykonawcy:

ulica nr domu

kod miejscowość

powiat województwo

tel.: fax:…………………………………..… e-mail: …………………………..

NIP:

Do kontaktów z Zamawiającym w czasie trwania postępowania o udzielenie zamówienia wyznaczamy

(imię i nazwisko) tel e-mail

Osoba (osoby) uprawniona do podpisania umowy:..…………………..……………………….…………………..,

**O F E R T A**

Niniejszym składam/y ofertę w procedurze wyboru najkorzystniejszej oferty na: :

**Zaproszenie do złożenia oferty na świadczenie usług informatycznych Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Bytomiu.**

zgodnie z wymogami określonymi przez Zamawiającego.

1. Oferuję/emy wykonanie przedmiotu zamówienia za wynagrodzeniem :
* ………………………………… zł / miesiąc
Wartość wynagrodzenia SUMA: ………………………..netto zł / ……………………….brutto zł
słownie złotych: ……………..………………………………………………………………………
1. **Niniejszym oświadczam/y, że:**
	1. zapoznaliśmy się z warunkami zamówienia i przyjmujemy je bez zastrzeżeń;
	2. w przypadku udzielenia zamówienia zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i w terminie wskazanym przez Zamawiającego;
	3. przedmiot oferty jest zgodny z przedmiotem zamówienia;
	4. **Oświadczam/y**, że niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnice przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, które chcemy zastrzec przed ogólnym dostępem.
2. **Oświadczam/y, że**:
	1. uzyskaliśmy zgodę wszystkich osób, których dane są zawarte w ofercie oraz uzyskamy zgodę wszystkich osób wskazanych w uzupełnieniach i wyjaśnieniach do oferty, na przetwarzanie danych osobowych
	w związku z prowadzonym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego;
	2. poinformowaliśmy wszystkie osoby, których dane są zawarte w ofercie oraz poinformujemy wszystkie osoby wskazane w uzupełnieniach i wyjaśnieniach do oferty, że dane zostaną udostępnione Zamawiającemu;
	3. Usługi będą wykonywane w trybie zdalnym, do dyspozycji Zamawiającego zostanie skierowany zespół składający się z 3 osób, jak niżej:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp.  | Imię i Nazwisko | Wykształcenie o kierunku informatycznym\* | Doświadczenie w obsłudze informatycznej podmiotu medycznego\*\* |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

*\*należy wskazać poziom wykształcenia*

*\*\* należy wskazać zakres dat oraz nazwę obsługiwanej placówki*

………………………………………… dnia …….…………..

 ( Miejscowość)

 (Podpis wykonawcy/osoby uprawnionej do

występowania w imieniu wykonawcy)

**Powyższe oświadczenie składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania – zgodnie z art. 233 §1 Kodeksu Karnego oraz pod rygorem odpowiedzialności za poświadczenie nieprawdy w dokumentach w celu uzyskania zamówienia publicznego – art. 297 §1 Kodeksu Karnego.**

1. [↑](#footnote-ref-1)