**SPZOZ.IINZZP.260/03/21 Załącznik nr 1 do zaproszenia**

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**Dane dotyczące Wykonawcy :**

Nazwa

Siedziba

Nr telefonu /faksu

Nr. NIP

Nr. REGON

e-mail:

**Dane dotyczące Zamawiającego:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeworsku

ul. Szpitalna 16, 37-200 Przeworsk

**Zobowiązania Wykonawcy**

1. Zobowiązuję się wykonać: Dostawę materiałów zużywalnych do procesu sterylizacji**.**

Kwota netto

% VAT

Kwota VAT

Kwota brutto zł

(Słownie złotych)

2. Zobowiązuję się dostarczać zamówiony towar w terminie do **3** **dni** od chwili złożenia zamówienia.

3. Oświadczam, że :

3.1. Cena brutto zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Wykonawca w przypadku wyboru niniejszej oferty .

3.2. Zapoznałem się zaproszeniem i nie wnoszę zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.

3.3. W przypadku udzielenia zamówienia, zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego

3.4. Jestem związany z ofertą przez okres 30 dni od daty terminu składania ofert.

3.5. Akceptuję termin realizacji zamówienia

3.6. Podana w ofercie cena nie ulegnie zmianie.

3.7. Oświadczam, że akceptuję warunki załączonego wzoru umowy.

3.8. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

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- treść oświadczenia wykonawca wykreśla.

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

Podpis i pieczątka uprawnionego

przedstawiciela wykonawcy

Miejscowość, data