

.....

pieczęć firmowa Wykonawcy

OFERTA DOTYCZĄCA KONKURSU OFERT

w zakresie realizacji

„Usługa polegająca na udzieleniu Górnośląskiemu Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach kredytu lub pożyczki w kwocie do 5.000.000,00 PLN na sfinansowanie działalności bieżącej oraz spłatę zobowiązań”

Pełna nazwa Wykonawcy:

Adres Wykonawcy:

ul. _____ nr _____

kod pocztowy _____ miejscowość _____

województwo _____

tel. _____ fax _____

REGON _____ NIP _____

BANK _____

Nr konta _____

Adres e-mail _____

Przebieg wzd. k. Sio

Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

W związku z konkursem ofert ogłoszonym na stronie internetowej www.gczd.katowice.pl, dotyczącym realizacji „usługi polegającej na udzieleniu Górnośląskiemu Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach kredytu lub pożyczki w kwocie do 5.000.000,00 PLN na sfinansowanie działalności bieżącej oraz spłatę zobowiązań”:

1. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w zakresie objętym szczegółowymi warunkami konkursu na łączną kwotę:

Lp.	Nazwa	Wynagrodzenie tytułem udzielonego Zamawiającemu kredytu lub udzielonej pożyczki
1	Usługa polegająca na udzieleniu Górnośląskiemu Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach kredytu lub pożyczki w kwocie do 5.000.000,00 PLN na sfinansowanie działalności bieżącej oraz spłatę zobowiązań	Kwota
		Wysokość oprocentowania w %

2. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w szczegółowych warunkach konkursu ofert i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz że otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.
3. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 60 dni od terminu składania ofert.
5. Oświadczamy, że:
 - a) posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności,
 - b) posiadamy odpowiednią wiedzę i doświadczenie,
 - c) dysponujemy odpowiednim potencjałem oraz zasobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
 - d) znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
6. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty niezbędne do zrealizowania zamówienia z należytą starannością i zgodnie z wymogami Zamawiającego.
7. Do kontaktów z naszą Firmą upoważniamy
tel. fax. adres e-mail
8. Oświadczamy, że osobom fizycznym, których dane ujawniono Zamawiającemu w celu wzięcia udziału w postępowaniu konkursowym, przekazana została informacja o treści:
„W związku z zamieszczeniem w ofercie konkursowej Pani/Pana danych osobowych w postaci imienia i nazwiska oraz służbowych danych kontaktowych, informujemy, że administratorem tych danych jest Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach przy ul. Medyków 16, 40-752 Katowice. Przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionych interesów Szpitala oraz przystępującego do konkursu, tj. podejmowania działań przed zawarciem umowy oraz

One hand. G. Cz. Sier

Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

w celu ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Dane osobowe będą przechowywane do zakończenia postępowania konkursowego, a następnie do czasu przedawnienia roszczeń. Odbiorcami danych są podmioty dostarczające i wspierające systemy teleinformatyczne Szpitala i świadczące usługi w zakresie archiwizacji i niszczenia dokumentacji, operatorzy pocztowi i kurierzy, podmioty w zakresie sprawowanej kontroli lub nadzoru nad Szpitalem zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Szpital wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail: iodo@gczd.katowice.pl lub pod adresem siedziby Szpitala w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania danych osobowych."

9. Do oferty dołączamy następujące dokumenty:

- a) zał. nr
- b) zał. nr
- c) zał. nr
- d) zał. nr

data

.....

pieczętka i podpis Wykonawcy

Prof. med. J. A. Oly Szp.



