…………………………….

*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 10.000.000,00 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

W związku z konkursem ofert ogłoszonym na stronie internetowej [www.gczd.katowice.pl](http://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 10.000.000,00 PLN na sfinansowanie działalności bieżącej oraz spłatę zobowiązań | Kwota |
| Wysokość oprocentowania w % |

1. 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.
2. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 60 dni od terminu składania ofert.
4. Oświadczamy, że:
5. posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności,
6. posiadamy odpowiednią wiedzę i doświadczenie,
7. dysponujemy odpowiednim potencjałem oraz zasobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
8. znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
9. Oświadczmy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty niezbędne do zrealizowania zamówienia z należytą starannością i zgodnie z wymogami Zamawiającego.
10. Do kontaktów z naszą Firmą upoważniamy ………………………………………………….

tel. ………………….. fax. ………..……… adres e-mail …………………………………….

1. 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 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 ………………………… …………………………….

 pieczątka i podpis Wykonawcy