Załącznik nr 1 do SWP

**DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Oferenta/Imię i nazwisko: |  |
| Nazwa skrócona: |  |
| Numer statystyczny GUS (REGON): |  |
| Numer Identyfikacji Podatkowej: |  |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica, nr lokalu: |  |
| Telefon:  |  |
| e-mail: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |
| Forma prawna Oferenta (jeżeli dotyczy) |  |
| Nazwiska oraz funkcje osób reprezentującychOferenta oraz upoważnionych do podpisaniaumowy z Organizatorem: |  |

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

 Data pieczęć i podpis Oferenta

### Załącznik nr 2 do SWP

## O Ś W I A D C Z E N I E

1. **Oświadczam/oświadczamy,** że zapoznałem/zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia w sprawie przetargu **na sprzedaż pojazdów sanitarnych Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka
w Katowicach.**
2. **Oświadczam/oświadczamy,** że spełniam/spełniamy wszystkie wymagania zawarte
w ogłoszeniu i zaproszeniu do składania ofert i przyjmuję/przyjmujemy je bez zastrzeżeń.
3. **Oświadczam/oświadczamy,** że bez zastrzeżeń przyjmuję/przyjmujemy warunki zawarcia umowy określone we wzorze umowy stanowiącym Załącznik nr 4 do SWP.
4. **Oświadczam/oświadczamy,** że uważam/uważamy się za związanego/związanych niniejszą ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.
5. **Oświadczam/oświadczamy,** że nie pozostaje/pozostajemy w stosunku pokrewieństwa
i powinowactwa oraz w żadnym innym stosunku prawnym lub faktycznym wobec osób pełniących funkcje kierownicze u Organizatora.
6. **Oświadczam/oświadczamy,** iż w przypadku odmowy podpisania przeze mnie/przez nas umowy, w sytuacji kiedy moja/nasza oferta uznana została za najkorzystniejszą, zobowiązuję się/zobowiązujemy się do zapłaty kary w wysokości 500,00 zł (słownie: pięćset złotych 00/100).
7. **Oświadczam/oświadczamy**, że wszystkie załączone do oferty dokumenty lub kserokopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. **Oświadczam/oświadczamy**, że przekazaliśmy wszystkim osobom fizycznym, których dane przekazałem/przekazaliśmy Organizatorowi w celu wzięcia udziału w przetargu, informację,
o której mowa w art. 14 ust. 1 i 2 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) (dalej RODO),
o poniższej treści:
* Administratorem Pani/Pana danych osobowych 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 (dalej Szpital)*;*
* Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych Szpitala: iodo@gczd.katowice.pl lub adres siedziby Szpitala;
* Pani/Pana dane osobowe w postaci danych identyfikacyjnych oraz danych kontaktowych przekazane zostały Szpitalowi przez Oferenta przystępującego do przetargu na sprzedaż pojazdów sanitarnych;
* Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO w celu podjęcia działań przed zawarciem umowy na sprzedaż pojazdów sanitarnych oraz w celu ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń; dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji;
* Odbiorcami danych osobowych będą osoby lub 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; dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy;
* Dane osobowe będą przechowywane do zakończenia postępowania przetargowego, a następnie do czasu przedawnienia roszczeń;
* Wobec przetwarzania danych osobowych przysługuje prawo do wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją;
* Posiada Pani/Pan również prawo żądania dostępu do swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

................................... ................................................. data pieczęć i podpis Oferenta

Załącznik nr 4 do SWP

WZÓR

**UMOWA**

Zawarta w dniu …………………… r. w Katowicach pomiędzy:

**Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II**

**Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach**

40-752 Katowice, ul. Medyków 16

NIP: 634-23-46-590; REGON: 00-1415-000, KRS 0000061833

reprezentowanym przez:

Dyrektora – Mariana Kreis

zwanym w dalszej treści umowy **Sprzedającym**

a

**Panem/Panią (nazwa firmy)** ............................................................................................................................................................................

PESEL: ...........................................................NIP: …….…………………………………………...………...

Adres:.................................................................................................................................................................

Rodzaj i nr dokumentu tożsamości ....................................................................................................................................................

wydany przez .....................................................................................................................................................

zwanym w dalszej treści umowy **Kupującym,**

zwanymi dalej **Stronami.**

§1

Przedmiotem umowy jest sprzedaż środków trwałych z pakietu nr ….. postępowania przetargowego pn.: sprzedaż pojazdów sanitarnych Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka
w Katowicach.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Ilość szt.** |
| 1. | …  | … |
| … | … | … |

§2

Sprzedający oświadcza, że środek trwały z pakietu nr …… określone w §1 nin. umowy stanowią jego wyłączną własność, są wolne od wad prawnych oraz praw osób trzecich, że nie toczy się żadne postępowanie, którego przedmiotem są te urządzenia, oraz że nie stanowią one przedmiotu zabezpieczenia.

§3

Strony ustaliły łączną wartość przedmiotu umowy na kwotę:

brutto:………………………………………………………...............................................................

słownie: ………………………………………………………………………………………………

§4

Sprzedający przenosi na rzecz Kupującego własność środków trwałych z pakietu nr …… określonych w §1 nin. umowy za kwotę określoną w §3 niniejszej umowy, która zostanie uregulowana przez Kupującego przelewem na rachunek Sprzedającego:

**BANK GOSPODARSTWA KRAJOWEGO**

**rachunek nr: 07 1130 1091 0003 9032 2920 0003**

w terminie do 14 dni od podpisania umowy sprzedaży na podstawie wystawionej faktury VAT.

§5

Środki trwałe z pakietu nr …… określone w §1 nin. umowy zostaną wydane Kupującemu po zaksięgowaniu środków w kwocie, o której mowa w §3, na rachunku bankowym Sprzedającego.

§6

Kupujący potwierdza znajomość stanu technicznego środków trwałych z pakietu nr …….
określonych w §1 nin. umowy i oświadcza, że nie wnosi z tego tytułu żadnych zastrzeżeń.

§7

Strony ustaliły, że wszelkiego rodzaju koszty transakcji wynikające z realizacji ustaleń niniejszej umowy, w tym, m.in. koszt załadunku, transportu zakupionych urządzeń obciążają Kupującego.

§8

Przedmiot sprzedaży zostanie przekazany Kupującemu na podstawie Protokołu Zdawczo-Odbiorczego, którego wzór stanowi Załącznik nr 1 do nin. umowy.

§9

W sprawach nie uregulowanych w niniejszej umowie zastosowanie mają obowiązujące w tym zakresie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§10

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

1. Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (Szpital) jest administratorem danych osobowych osób uprawnionych do reprezentowania strony umowy i wskazanych przez nią do kontaktu, a także danych osobowych strony umowy, jeżeli jest ona osobą fizyczną. Przetwarzanie danych identyfikacyjnych oraz kontaktowych tych osób jest niezbędne do wykonania umowy, wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Szpitalu oraz ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania umowy, a po jej zakończeniu do czasu przedawnienia wynikających z umowy roszczeń, chyba że przepisy nakładają na Szpital obowiązek dłuższej archiwizacji danych. Dane osobowe mogą zostać udostępnione wnioskującym o informację publiczną w trybie dostępu do informacji publicznej, podmiotom sprawującym kontrolę lub nadzór nad Szpitalem, a także podmiotom świadczącym usługi na rzecz Szpitala, w szczególności usługi bankowe, pocztowe, doradcze, audytowe, informatyczne, archiwizacji i niszczenia dokumentów. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo żądania dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych osobowych. W celu zrealizowania tych praw należy skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych: e-mail iodo@gczd.katowice.pl lub tel. 032 2071620. Niezależnie od wskazanych wyżej praw, można złożyć skargę na Szpital do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
2. Strona umowy zobowiązuje się do udzielenia wsparcia Szpitalowi w zakresie realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w 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, poprzez przekazanie informacji o przetwarzaniu danych osobowych z pkt. 1 wszystkim osobom, których dane przekazała Szpitalowi w związku z zawarciem i wykonaniem niniejszej umowy.

§11

Niniejszą umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym
dla każdej ze Stron.

 **Sprzedający Kupujący**

Załącznik nr 1

do Umowy nr…………………

WZÓR

**PROTOKÓŁ**

**ZDAWCZO – ODBIORCZY**

sporządzony w dniu ………………………. pomiędzy:

**Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II,**

**Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego**

**w Katowicach**

z siedzibą w Katowicach przy ul. Medyków 16,

NIP 634-23-46-590 REGON 001415000 KRS 0000061833

zwanym dalej **„Przekazującym”**

w imieniu którego działa jako upoważniony do przekazania przedmiotu umowy

………………………………………………………………………………………………………………

a

**Panem/Panią (nazwa firmy)** .............................................................................................................................................................................

PESEL: ...........................................................NIP: …………………………………………….……………...

Adres:..................................................................................................................................................................

Rodzaj i nr dokumentu tożsamości ...............................................................................................................

wydany przez .....................................................................................................................................................

zwanym dalej **„Odbierającym”**

łącznie zwanymi **„Stronami”**

1. Przedmiotem przekazania są środki trwałe z pakietu nr …… określone w §1 Umowy nr …….
	* 1. Przyjmujący potwierdza znajomość stanu technicznego urządzeń z pakietu nr …… określone w §1 Umowy nr ……..…. i oświadcza, że nie wnosi z tego tytułu żadnych zastrzeżeń
		ani nie będzie ich wnosił w przyszłości.
		2. Niniejszy protokół sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej
		ze Stron.

 **Przekazujący Odbierający**