

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**Dane dotyczące Wykonawcy**

Nazwa:

Siedziba:

e-mail:

Numer NIP

Dane dotyczące Zamawiającego

Powiatowy Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
 ul. Szpitalna 40
 41-250 Czeladź
 KRS 0000203274
 NIP 6252247223
 REGON 278209300
 BDO 000006287
 Tel./fax. (32) 763-76-38
 e-mail: sekretariat.czeladz@pzzoz.bedzin.pl

Zobowiązanie Wykonawcy:

W odpowiedzi na zaproszenie do składania ofert w postępowaniu nr DOP/2/2022 z dnia 19.09.2022 r. **na usługi doradcze w zakresie rozliczania projektów współfinansowanych środkami Unii Europejskiej** oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

Cena netto..... zł
 (słownie:)

podatek VAT (.....%)zł
 cena bruttozł
 (słownie:)

Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem się z warunkami przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
- 2) W przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania zlecenia w miejscu i czasie określonym przez Zamawiającego.
- 3) **Oświadczam/y**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne **przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹⁾** wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. *

Podpis upoważnionego reprezentanta Wykonawcy

* 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 treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).