**Zał. nr 1 do SIWZ 26/2020**

**FORMULARZ OFERTY**

**Nazwa wykonawcy………………………………………………………..……………………………**

**Adres Wykonawcy………………………………………………………………….…………………**

**TEL……………………… FAX……………………….……… E-MAIL……………………..……**

**NIP………………………………… REGON……………………… KRS ………………………….**

Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym w sprawie przedmiotu zamówienia

…………………………………………………………………………………………………………..

/imię i nazwisko, numer telefonu, e-mail/

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym poniżej 214 000 euro na dostawę leków, wyrobów medycznych, materiałów opatrunkowych, szwów chirurgicznych i środków dezynfekcyjnych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie.

**1.** Oferujemy wykonanie zamówienia w zakresie pakietu nr ………………:

1) za cenę ……………………………………………………………………………..złotych brutto

2) termin dostawy………………………………………………………………………dni robocze

3) termin reklamacji……………………………………………………………………dni robocze

**Uwaga**

**W przypadku składania oferty na więcej niż jeden pakiet każdy z nich wpisać oddzielnie (przekopiować powyższą formułkę dla każdego pakietu z osobna).**

**2.** Zakres dostaw przewidzianych do wykonania jest zgodny z zakresem objętym specyfikacją istotnych warunków zamówienia.

**3.** Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy wszelkie niezbędne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia.

**4.** Oświadczamy, że czujemy się związani ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, tj. przez okres 30 dni, licząc od upływu terminu składania ofert.

**5.** Oświadczam, że asortyment, na który została złożona niniejsza oferta posiada aktualne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Polski zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i udostępnię   
je na każde żądanie Zamawiającego.

**6.** Oświadczam, że wypełniłem 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.\*

**7.** Przedmiot zamówienia wykonamy siłami własnymi.

**7.a** Następujący zakres zadań zamierzamy zlecić podwykonawcom: /wypełnić o ile dotyczy /.

W przypadku powierzenia części zamówienia podwykonawcom – Wykonawca wypełnia poniższe zestawienie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa (firma) podwykonawcy | Część zamówienia powierzona do realizacji podwykonawcy |
|  |  |  |
| itd. |  |  |

**8.** Oświadczam, że\*:

□ jestem małym/średnim przedsiębiorcą

□ nie jestem małym/średnim przedsiębiorcą

\*właściwe zaznaczyć

**UWAGA: Wykonawca nie załącza do oferty dokumentów i oświadczeń, o których mowa w pkt 8.3, 8.4 i 8.7 siwz, które są składane zgodnie z procedurą wskazaną w pkt 8.2 siwz.**

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość………….........., data...................... | Podpis i pieczęć osoby uprawnionej …………............. |

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

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

**Zał. nr 3 do SIWZ 26/2020**

**Zamawiający:**

Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie

ul. Szpitalna 45

62-504 Koninie

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **na dostawę leków, wyrobów medycznych, materiałów opatrunkowych, szwów chirurgicznych i środków dezynfekcyjnych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie**,prowadzonego przez Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy Pzp .

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………...........……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**Zał. nr 4 do SIWZ 26/2020**

### Projekt umowy nr 26/2020

### zawarta w dniu ……………………., w Koninie pomiędzy:

Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie, ul. Szpitalna 45 (KRS 0000030801, REGON 000311591) zwanym dalej „Zamawiającym” reprezentowanym przez:

**……………………………………………………………………………………………………………**

a …………………………………………………………………………………………………………..

zwanym dalej „Wykonawcą” reprezentowanym przez:

1. ..............................................................................................................................................................
2. ………………………………………………………………………………………….………….....

którego oferta została przyjęta w trybie przetargu nieograniczonego przeprowadzonego zgodnie   
z ustawą z dnia 29.01.2004 r. - Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 1843) została zawarta umowa następującej treści:

§ 1

PRZEDMIOT UMOWY

**1.** Zgodnie ze złożona ofertą Wykonawca zobowiązuje się sprzedać Zamawiającemu leki, wyroby medyczne, materiały opatrunkowe, szwy chirurgiczne i środki dezynfekcyjnew następującym asortymencie, cenach i ilościach:

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

…………………………………(w zależności od wybranej oferty)………………………….....

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

Zamawiający zastrzega sobie zamówienie ilości mniejszych, zgodnych z faktycznymi potrzebami Szpitala. Wykonawcy nie przysługuje roszczenie o realizację zamówienia w ilościach zgodnych

z Formularzem asortymentowo – cenowym (zał. nr 2 do SIWZ).

Wykonawca oświadcza, że asortyment o którym mowa w ust. 1 posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Polski zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i jednocześnie zobowiązuje się do okazania w/w dokumentów na każde żądanie Zamawiającego.

**§ 2**

WARUNKI PŁATNOŚCI

1. Wartość sprzedaży w czasie trwania umowy nie może przekroczyć wartości brutto ……………zł,- /słownie: ……………… złotych (0/100)/, zgodnie z ofertą, stanowiącą integralną część umowy.
2. Wynagrodzenie określone w ust. 1 zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, łącznie   
   z kosztami dostawy.
3. Należność za wykonanie części przedmiotu umowy Zamawiający ureguluje każdorazowo przelewem na konto Wykonawcy podane na fakturze w terminie 60 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo sporządzonej faktury. Wykonawca zobowiązany jest   
   do wpisania na wystawionej fakturze numeru obowiązującej umowy. Wykonawca do każdego zamówienia wystawi tylko jedną fakturę.
4. Wykonawca ma możliwość przesłania faktury wersji elektronicznej na adres platformy: [www.efaktura.gov.pl](http://www.efaktura.gov.pl). Zamawiający dopuszcza przesyłanie faktur w formie elektronicznej, w formacie PDF, na adres poczty elektronicznej: e-faktura@szpital-konin.pl.
5. Wykonawca oświadcza, że dokonał zgłoszenia rejestrującego w urzędzie skarbowym z tytułu podatku od towarów i usług VAT i otrzymał Numer Identyfikacji Podatkowej …………..,   
   oraz że jest uprawniony do wystawiania faktury.
6. Zamawiający oświadcza, że dokonał zgłoszenia rejestrującego w urzędzie skarbowym z tytułu podatku od towarów i usług VAT i otrzymał Numer Identyfikacji Podatkowej 665-104-26-75,   
   oraz że jest uprawniony do otrzymywania faktury.
7. Obniżenie cen jednostkowych produktów dostarczanych przez Wykonawcę w ramach niniejszej umowy może nastąpić w każdym czasie i nie wymaga zgody Zamawiającego ani sporządzenia aneksu do umowy.
8. W przypadku obowiązywania na dany lek ceny urzędowej, Wykonawca zobowiązany jest do dostarczania tego leku po cenach zgodnych z obowiązującymi przepisami. W przypadku konieczności dostosowania ceny leku będącego przedmiotem umowy do ceny wynikającej z obowiązujących przepisów, cena leku ulegnie odpowiedniej zmianie Wykonawca zobowiązany jest każdorazowo niezwłocznie poinformować w formie pisemnej Zamawiającego o:
9. zmianie ceny urzędowej leku
10. objęciu danego leku ceną urzędową
11. zaprzestaniu obowiązywania w stosunku do danego leku ceny urzędowej

W przypadku sytuacji określonej w pkt 3), obowiązującą ceną dostawy będzie cena określona   
w ofercie wykonawcy.

**§ 3**

**PRAWO OPCJI**

* + - 1. W trakcie obowiązywania umowy Zamawiający może skorzystać z prawa opcji obejmującego prawo do zwiększenia ilościzakupywanego asortymentu w danej pozycji do 20% wartości danej pozycji

(z zaokrągleniem w dół) po cenie jednostkowej określonej w ofercie.

* + - 1. W przypadku nieskorzystania przez Zamawiającego z prawa opcji, albo w przypadku skorzystania

w niepełnym zakresie, Wykonawcy nie będą przysługiwały żadne roszczenia.

* + - 1. Zamawiający może skorzystać z prawa opcji w przypadku wyczerpania zakresu podstawowego dostawy w danej pozycji, jeśli pojawi się potrzeba zwiększenia zakresu tej dostawy. W takiej sytuacji Zamawiający poinformuje Wykonawcę o skorzystaniu z prawa opcji.
      2. Do asortymentu dostarczanego w ramach prawa opcji stosuje się wszystkie postanowienia przedmiotowej umowy, w tym w szczególności postanowienia dotyczące terminu dostawy, reklamacji i terminu ważności.

§ 4

TERMIN REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Strony ustalają termin realizacji przedmiotu umowy:

**Dla pakietów nr od 1 do 13, od 16 do 19, od 24 do 35, 38, od 43 do 47 –** od dnia zawarcia umowy do dnia 30.11.2021r.

**Dla pakietów nr 14, 15, 23 –** od dnia zawarcia umowy do dnia 07.11.2021r.

**Dla pakietów nr od 20 do 22, 36, 37, 39 –** od dnia zawarcia umowy do dnia 14.11.2021r.

**Dla pakietów nr od 40 do 42 –** od dnia zawarcia umowy do dnia 30.06.2022r.

1. Dostawy przedmiotu zamówienia odbywać się będą sukcesywnie. Zamawiający do godz. 15:00 złoży zamówienie w formie pisemnej lub za pośrednictwem poczty elektronicznej, określając ilość i rodzaj zamawianego asortymentu.

§ 5

WARUNKI WYKONANIA UMOWY

1. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia do Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie ul. Szpitalna 45 – Apteka Szpitalna, na swój koszt   
   i odpowiedzialność, w dniach roboczych, w godz. od 8:00 do 14:00. Przez dni robocze rozumie się dni od poniedziałku do piątku włącznie. Wykonawca przy każdej dostawie dostarczy dokument dostawy wraz z kopią faktury. Zamawiający dopuszcza aby Wykonawca przy każdej dostawie dostarczył kopię faktury z informacją o nr serii i dacie ważności produktów.
2. Wykonawca jest zobowiązany do poinformowania Zamawiającego w dniu złożenia zamówienia o braku przedmiotu zamówienia u Wykonawcy, a w konsekwencji o braku możliwości zrealizowania dostawy w terminie określonym w par. 5 ust. 3 umowy.
3. Wykonawca zapewni fachową i sprawną dostawę przedmiotu umowy **w ciągu … dni roboczych** od złożenia zamówienia.
4. Wykonawca zobowiązuje się dostarczać towar wolny od wad. W razie dostarczenia towaru wadliwego, Wykonawca zobowiązuje się do wymienienia go na wolny od wad **w ciągu … dni roboczych** od złożenia reklamacji. Zamawiający złoży reklamację za pośrednictwem faksu lub poczty elektronicznej.
5. Wykonawca dostarczy pisemnie lub drogą elektroniczną ([apteka@szpital-konin.pl](mailto:apteka@szpital-konin.pl)) na prośbę Zamawiającego aktualną Kartę Produktu Leczniczego objętego umową.
6. W przypadku konieczności zwrotu zakupionego towaru Zamawiający udostępni kopię zapisu warunków przechowywania produktu w aptece, od dnia dostawy do dnia zwrotu towaru”.
7. Zamawiający dopuszcza wprowadzenie następujących zmian do umowy:
8. w zakresie zmiany numeru katalogowego produktu,
9. w zakresie zmiany nazwy produktu przy zachowaniu jego parametrów,
10. w zakresie sposobu konfekcjonowania produktu,
11. dopuszczalna jest zmiana asortymentu wskazanego w ofercie na równoważny – tzn. spełniający wymogi określone w siwz i o nie gorszych parametrach niż w złożonej ofercie – o cenie jednostkowej nie wyższej niż ofertowa. Zmiany w tym zakresie wymagają zgody obu stron i formy pisemnej pod rygorem nieważności.
12. W przypadku niedostarczenia zamówionego asortymentu, Wykonawca zobowiązany jest do zapłacenia różnicy wartości zakupu tego asortymentu przez Zamawiającego u innego Wykonawcy.
13. Okres ważności na oferowany asortyment wynosi **min. 12 miesięcy od dnia dostawy.**

**§6**

**ZMIANY UMOWY**

1. Przewiduje się zmiany wysokości wynagrodzenia należnego Wykonawcy, w przypadku zmiany:

1) stawki podatku od towarów i usług – przy niezmienności ceny netto,

2) wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę albo wysokości minimalnej stawki godzinowej ustalonych na podstawie art. 2 ust. 3-5 ustawy z dnia 10 października 2002 r.

o minimalnym wynagrodzeniu za pracę,

3) zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne.

4) zasad gromadzenia i wysokości wpłat do pracowniczych planów kapitałowych, o których mowa w ustawie z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych.

**2.** Zmiany określone w ust. 1 pkt 2 – 4 zostaną dokonane, jeżeli będę one miały wpływ na koszty wykonania niniejszej umowy przez Wykonawcę. Wynagrodzenie ulegnie zmianie proporcjonalne do wpływu na koszt wykonania Zamówienia przez Wykonawcę. Ciężar udowodnienia tego faktu oraz jego wysokość leży po stronie Wykonawcy. Wykonawca zobowiązany jest w szczególności wraz z wnioskiem przedłożyć kalkulację kosztów, mających wpływ na przedmiotową zmianę.

**3.** Zmiany do umowy wymagają zawarcia aneksu w formie pisemnej pod rygorem nieważności. W przypadku zmian, o których mowa w ust. 1, aneks zostanie zawarty przy uwzględnieniu następujących zasad:

1) zmiany określone w ust. 1 pkt 1) obowiązują od dnia wejścia w życie odpowiednich przepisów

2) zmiany określone w ust. 1 pkt 2) – 4) obowiązują od pierwszego dnia miesiąca, w którym wykonawca złożył prawidłowy i kompletny wniosek wraz z kalkulacją, zgodnie z ust. 3, umożliwiający zawarcie aneksu – nie wcześniej jednak, niż od wejścia w życie odpowiednich przepisów.

**§7**

KARY UMOWNE

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu kary umowne:
   1. za nieterminową dostawę w wysokości 2% wartości brutto danego asortymentu – za każdy dzień opóźnienia,
   2. za opóźnienie w wymianie reklamowanego przedmiotu umowy na nowy w wysokości 2% wartości brutto danego asortymentu podlegającego reklamacji – za każdy dzień opóźnienia,
   3. za odstąpienie od umowy lub jej rozwiązanie z przyczyn leżących po stronie  
      Wykonawcy, w wysokości 15% wartości brutto niezrealizowanej części umowy
2. Zamawiający kwotę wymagalnych kar umownych może potrącić z należności Wykonawcy.
3. Dopuszcza się możliwość dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kar umownych.

**§8**

**OSOBY DO KONTAKTU W SPRAWIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.**

**ze strony Zamawiającego** - Kierownik Apteki Szpitalnej – Pani Izabela Czop –tel. 63 / 240- 40-55 oraz tel. kom. 725-720-042, w godz. 7.25-15.00, tel. kom. 725-720-042 po godzinie 15:00.

**ze strony Wykonawcy……………………………………………………......................................**

§9

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy w sytuacjach określonych w Kodeksie cywilnym i ustawie Prawo zamówień publicznych.
2. Oprócz prawa odstąpienia od umowy określonego w ust. 1 Zamawiający może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
   * + 1. trzykrotnego opóźnienia w dostawie lub reklamacji,
       2. jednokrotnego opóźnienia w dostawie lub reklamacji przekraczającego 14 dni
       3. dwukrotnej reklamacji jakościowej na dostarczony przedmiot umowy,
       4. rozwiązania lub likwidacji Wykonawcy, albo śmierci Wykonawcy będącego osobą fizyczną
       5. utraty przez Wykonawcę uprawnień niezbędnych do wykonywania umowy,
       6. innego rażącego naruszenia warunków umowy lub przepisów prawa przez Wykonawcę.
3. Odstąpienie oraz rozwiązanie umowy wymaga uzasadnienia.
4. W razie odstąpienia od umowy oraz rozwiązania umowy obowiązują kary umowne określone

w § 7.

1. Odstąpienie, wypowiedzenie i rozwiązanie umowy może nastąpić wyłącznie na piśmie, pod rygorem nieważności z zastrzeżeniem, że nie narusza to obowiązujących przepisów.
2. Umowa zostaje sporządzona w dwóch równobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej   
   ze stron.
3. Wszelkie zmiany i uzupełnienia dotyczące niniejszej umowy wymagają formy pisemnej   
   pod rygorem nieważności.
4. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową obowiązują przepisy kodeksu cywilnego   
   i ustawy z dnia 29.01.2004 r. – Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 1843).
5. Spory powstałe w związku z niniejszą umowa będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.
6. Wykonawca nie może bez zgody Zamawiającego wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności przenieść wierzytelności wynikającej z niniejszej umowy na osobę trzecią. (art. 54 ust 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o Działalności Leczniczej – j.t. Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 z póz. zm.).
7. Strony zobowiązują się do informowania siebie nawzajem o każdorazowej zmianie adresu swojej siedziby lub zamieszkania. W razie zaniedbania tego obowiązku korespondencję wysłaną listem poleconym za potwierdzeniem odbioru na adres podany uprzednio uważa się za doręczoną.

|  |  |
| --- | --- |
| WYKONAWCA | ZAMAWIAJĄCY |

**Zał. nr 5 do SIWZ 26/2020**

**Klauzula obowiązku informacyjnego**

Zgodnie z art. 13 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie, ul. Szpitalna 45, 62-504 Konin.
2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych poprzez adres e-mail: [iodo@szpital-konin.pl](mailto:iodo@szpital-konin.pl) **\***.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia

29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 1843), dalej „ustawa Pzp”.

1. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy.
2. Obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp.
3. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO.
4. Posiada Pani/Pan:
5. na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
6. na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych**\*\***;
7. na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;
8. prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

**9.** Nie przysługuje Pani/Panu:

1. w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
2. prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
3. **na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO**.

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

***\* Wyjaśnienie:*** *informacja w tym zakresie jest wymagana, jeżeli w odniesieniu do danego administratora lub podmiotu przetwarzającego istnieje obowiązek wyznaczenia inspektora ochrony danych osobowych.*

***\*\* Wyjaśnienie:*** *skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania  
o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.*

***\*\*\* Wyjaśnienie:*** *prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.*