



ZAMÓWIENIE USŁUGI
NR kod_klienta/rrrr-mm-dd/nr_kolejny¹
Do Krajowego Operatora Chmury Medycznej (dalej KOChM)

Czy Zamówienie Zmieniające? Nr zmienianego Zamówienia: kod_klienta/rrrr-mm-dd/nr_kolejny²

Niniejszym, działając w imieniu:

| KLIENT/PŁATNIK | |
|---|--|
| Nazwa: | |
| Data wypełnienia Zamówienia: | |
| Imię i nazwisko osoby reprezentującej: | |
| Adres: | |
| e-mail, tel./faks: | |
| NIP: | |
| Adres e-mail do przesyłania przez KOChM informacji o fakturach: | |

w oparciu o „Regulamin Świadczenia Usług” KOChM zamawiam następujące Usługi KOChM:

| PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA -Usługa KOChM | Ilość | Cena netto [PLN] | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
|---|--------------|-------------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA -Pakiet | | | | | |
| Nazwa zamawianej Usługi ³ | | | | 23% | |
| Nazwa zamawianego Pakietu | | | | | |

Usługi świadczone będą na zasadach określonych w „Regulaminie Świadczenia Usług” KOChM, z następującymi dodatkowymi ustaleniami:

| WARUNKI ŚWIADCZENIA USŁUGI | |
|--|---|
| Dzień rozpoczęcia świadczenia Usługi ⁴ : | do 3 Dni Roboczych od uiszczenia Opłaty za pierwszy Okres Rozliczeniowy, lecz nie wcześniej niż w Dniu Roboczym następującym po dniu terminu płatności za pierwszy Okres Rozliczeniowy, określonym poniżej. |
| Okres obowiązywania Zamówienia (okres świadczenia Usługi) ⁵ : (liczba miesięcy ≥ 12) | <liczba miesięcy> |
| Wysokość Opłaty za pierwszy Okres Rozliczeniowy (w tym Opłata Inicjalna): | <kwota> PLN (netto + 23% VAT) |

¹ Informacje (Numer Zamówienia, dane Koordynatora KOChM) nadaje sprzedawca.

² Wypełnić tylko w przypadku Zamówienia Zmieniającego.

³ W przypadku Zamówienia Zmieniającego wartość musi być taka sama jak w zmienianym Zamówieniu.

⁴ Dzień rozpoczęcia świadczenia Usługi stanowi dzień rozpoczęcia pierwszego Okresu Rozliczeniowego. W przypadku Zamówienia Zmieniającego dzień rozpoczęcia świadczenia Usługi stanowi dzień rozpoczęcia świadczenia Usługi w zmienionym Pakiecie (nie dochodzi do zmiany dnia rozpoczęcia Okresu Rozliczeniowego).

⁵ W przypadku Zamówienia Zmieniającego pole powinno pozostać puste – obowiązuje okres obowiązywania Zamówienia określony zgodnie z pierwotnym Zamówieniem.



| | |
|---|-------------------------------|
| Wysokość Opłat za Usługi w kolejnych Okresach Rozliczeniowych (miesięcznych): | <kwota> PLN (netto + 23% VAT) |
|---|-------------------------------|

| PŁATNOŚCI | |
|--|---|
| Termin płatności za pierwszy Okres Rozliczeniowy: | Z góry: <data> |
| Terminy płatności za kolejne Okresy Rozliczeniowe: | Z góry: 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego miesiąca świadczenia Usług (przed rozpoczęciem kolejnego Okresu Rozliczeniowego) |

| KOORDYNATORZY STRON | |
|----------------------------------|--|
| Koordinator Klienta: | Imię i nazwisko: [...] Adres e-mail: [...] Numer telefonu: [...] |
| Koordinator KOChM ¹ : | Imię i nazwisko: [...] Adres e-mail: [...] Numer telefonu: [...] |

Jednocześnie oświadczam, że:

- jestem osobą umocowaną do złożenia niniejszego Zamówienia w imieniu Klienta,
- akceptuję w imieniu Klienta Regulamin Świadczenia Usług KOChM, którego aktualna wersja dostępna jest pod adresem: <https://chmuradlazedrowia.pl/informacje-prawne/>,
- potwierdzam, że z chwilą zawarcia niniejszego Zamówienia Klient – jako administrator lub podmiot przetwarzający w rozumieniu art. 4 RODO (tj. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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, s. 1)), – zgodnie z art. 28 RODO powierza przetwarzanie danych osobowych, w celu korzystania z Usług objętych niniejszym Zamówieniem, na warunkach i w zakresie określonych w Regulaminie Świadczenia Usług KOChM, w tym w Umowie powierzenia przetwarzania danych stanowiącej załącznik do Regulaminu Świadczenia Usług KOChM.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć⁶ osoby upoważnionej do reprezentowania Klienta

.....
Podpis i pieczęć⁷ osoby upoważnionej do reprezentowania KOChM

⁶ Podpis i pieczęć dla dokumentów podpisywanych w formie pisemnej.

⁷ Podpis i pieczęć dla dokumentów podpisywanych w formie pisemnej.