Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Obornikach
64-600 Oborniki ul. Szpitalna 2
tel.: (0-61) 29-73-600, fax. (0-61) 29-60 – 079 e-mail:szpital@szpital.oborniki.info
CERTYFIKAT PN-EN ISO 9001:2015-10 *BDO 000082299*

Oborniki, dnia 17.03.2021r.

ZAPYTANIE OFERTOWE ZOU/05/21

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, w imieniu którego działa Dyrektor Pani Małgorzata Ludzkowska, zaprasza do złożenia ofert na przeprowadzenie postępowania w trybie Zapytania Ofertowego o wartości poniżej kwoty 130 000 zł netto, bez stosowania przpisów ustawy z dnia 11 września 2019r.. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019r. Poz. 2019 z późn. zm.).

SPECYFIKACJA WARUNKÓW ZAPYTANIA OFERTOWEGO NA UBEZPIECZENIE KOMUNIKACYJNE POJAZDÓW SP ZOZ OBORNIKI

I.
PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zapytania ofertowego jest ubezpieczenie komunikacyjne pojazdów sanitarnych oraz pojazdu osobowego posiadanych przez SP ZOZ Oborniki.
2. **Usługa obejmuje:**

- **OC** – Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- **AC** – Ubezpieczenie autocasco obejmujące szkody polegające m.in. na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie pojazdu oraz jego wyposażenia, innych elementów oraz wyposażenia dodatkowego w tym specjalistycznego wyposażenia karetek w pełnym zakresie wraz z kradzieżą;
- **NNW** - Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowców i pasażerów na terenie RP;
- **Assistance** –Ubezpieczenie obejmujące pokrycie kosztów holowania pojazdu, z powodu uszkodzenia po kolizji, wypadku lub awarii z miejsca zdarzenia do warsztatu wskazanaego przez Zamawiającego.

WYKAZ POJAZDÓW DO UBEZPIECZENIA

Lp	Marka / model	Rodzaj pojazdu	Poj. Silnika	Rok produkcji	Zakres ubezpieczania	Okres ubezpieczenia
1	Peugeot Boxer	Podstawowy	3500 kg	2009	OC, AC, NNW, Assistance	16.12.2021 – 15.12.2022
2	Volkswagen Crafter	Specjalistyczny	3500 kg	2013	OC, AC, NNW, Assistance	06.09.2021 – 05.09.2022
3	Peugeot Boxer	Transportowy	3490 kg	2008	OC, AC, NNW, Assistance	27.04.2021 – 26.04.2022
4	Peugeot Partner	Osobowy	1880 kg	2008	OC, AC, NNW, Assistance	18.03.2022 – 17.03.2023
5	Volkswagen CADDY	Transportowy	1968 kg	2018	OC, AC, NNW, Assistance	28.01.2022 – 27.01.2023
6	Mercedes Benz Sprinter	Specjalistyczny	3500 kg	2020	OC, AC, NNW, Assistance	31.12.2021 – 30.12.2022

UWAGA !!

Na rok 2021r. należy objąć ubezpieczeniem 4 z 6 pojazdów (pozycja w tabelce nr 1, 2, 3, 6) natomiast poz. 4 tj. Peugeot Partner oraz poz. 5 tj. Volkswagen CADDY należy ubezpieczyć od roku 2022r. zgodnie z okresem trwania polisy ubezpieczeniowej na podstawie w/w tabeli.

3. Szczegółowy opis pojazdów objętych ubezpieczenieniem wraz z ich wartością zawiera załącznik nr 2 do SWZO tj. formularz cenowy.

II.
TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA I KRYTERIA WYBORU

1. Zamówienie w ramach umowy należy realizować w okresie 12 miesięcy zgodnie z okresem obowiązywania każdej polisy dla poszczególnych pojazdów.
2. Kryteria wyboru oferty:
   - cena brutto – 100 % **(max. 100 pkt)**

Wynagrodzenie zostanie wyliczone na podstawie wzoru :

$$C = \frac{\text{Cena oferty najtańszej – wartość brutto}}{\textbf{Cena oferty badanej – wartość brutto}} \times 100 = \text{liczba punktów}$$

III.
TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ W SPRAWACH DOTYCZĄCYCH WARUNKÓW ZAPYTANIA OFERTOWEGO ORAZ SPOSÓB POROZUMIEWANIA

1. Wykonawca w przypadku wątpliwości zwraca się do Zamawiającego o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych z zapytaniem ofertowym sposobem przygotowania i złożenia oferty kierując swoje zapytania drogą elektroniczną na adres e-mail: zamowienia2@szpital.oborniki.info wraz z podaniem swojej poczty elektronicznej, na którą Zamawiający ma przesłać odpowiedź i korespondencję.
2. Do kontaktu z Oferentami upoważnione są osoby:

   a) **w sprawach merytorycznych:**

   Kierownik działu zamówień – *Mgr Maria Sak tel. 61/29-73-619*

   b) **w sprawach związanych z organizacją postępowania:**

   Główna Księgowa – *Ewa Łokaj tel.61/29-73-647*

   Inspektor ds zamówień publicznych – *Paulina Sobkowiak tel. 61/29-73-670*
3. Zamawiający udzieli zamówienia oferentowi, którego oferta odpowiada wszystkim wymaganiom przedstawionym w zapytaniu ofertowym i przedstawi najkorzystniejszą ofertę w oparciu o kryteria wyboru określone w zapytaniu ofertowym (tj. ofertę z najniższą ceną) w momencie zatwierdzenia przez Dyrektora SP ZOZ. Wybór zostanie wysłany drogą elektroniczną.
4. Brak jakiegokolwiek wymaganego dokumentu lub załącznika do Oferty, złożonej w sposób niezgodny z wymaganiami bądź w niewłaściwej formie, spowoduje odrzucenie oferty z zastrzeżeniem poprawek wynikających z omyłek tj. nieprawidłowo wypełniony formularz oferty np. brak NIP-u, REGON-u, e-maila itp. dokona brakujących wpisów lub zwróci się do Zamawiającego o podanie brakujących danych. **Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania na każdym etapie bez podania przyczyny.**

IV.
OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Każdy Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę i zaproponować tylko jedną cenę, której nie można zmienić.
2. Wykonawca przedstawia ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w zapytaniu ofertowym. Wykonawcy ponoszą wszelkie ewentualne koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Ofertę sporządza się w języku polskim z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności na Formularzu Oferty stanowiący zał. nr 1 oraz Formularzu Cenowy zał. nr 2 do **ZOU/05/21** bez dokonywania w nim zmian przez Wykonawcę.
4. Zał. nr 1 i zał. nr 2 do **ZOU/05/21** stanowi pierwszą stronę (kartkę) przygotowanej oferty przez Wykonawcę.
5. Dokumenty muszą być podpisane przez osobę upoważnioną do reprezentowania firmy ***(pełnomocnictwo).***
6. Ofertę wraz z załącznikami składa się **w formie elektronicznej** na adres zamowienia2@szpital.oborniki.info **lub pisemnej** jak poniżej, należy umieścić w nieprzejrzystej kopercie i zaadresować w sposób następujący:

Nazwa i adres Wykonawcy

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach
ul. Szpitalna 2, 64 – 600 Oborniki

OFERTA – Zapytanie Ofertowe
ZOU/05/21 – ubezpieczenie komunikacyjne pojazdów sanitarnych w SP ZOZ Oborniki
- nie otwierać **do dnia 24.03.2021r. do godz. 12.00**

7. **Informacje dotyczące składania ofert elektronicznie:**
   a) Za datę przekazania oferty w formie elektronicznej przyjmuje się datę jej dostarczenia na adres mailowy: zamowienia2@szpital.oborniki.info **(obie strony winny wymagać potwierdzenia dostarczenia wiadomości wraz z załącznikami).**
   b) Wykonawca składa ofertę elektronicznie za pośrednictwem e-maila: zamowienia2@szpital.oborniki.info.
   c) Wykonawca zobowiązany jest zaszyfrować ofertę w formie pliku 7-zip. *(instrukcja w załączniku nr 4).*
   d) **W dniu otwarcia tj. 24.03.2021r. Wykonawca zobowiązany jest wysłać hasło dostępu SMS-em na numer telefonu 664-734-510 w celu odszyfrowania oferty. Wykonawca ma 5 minut czasu na przesłanie hasła do Zamawiającego licząc czas od godziny 12:00 do godziny 12:05.**
   e) Wszelkie inne dokumenty na wezwanie Zamawiającego, Wykonawca będzie składać elektronicznie na podany adres mailowy (zamowienia2@szpital.oborniki.info) bez ponownego szyfrowania hasłem, w formie załączników, skanów (PDF) z wyraźnym podpisem lub z podpisem elektronicznym.

V.
MIEJSCE I TERMIN SKLADNIA OFERT

1. Ofertę w formie pisemnej należy złożyć **do dnia 24.03.2021r. do godz. 11:00.** w Sekretariacie (pokój nr 2) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Obornikach, ul. Szpitalna 2 64-600 Oborniki, budynek Administracji, wejście B lub mailowej na adres: zamowienia2@szpital.oborniki.info **do 24.03.2021r. do godz. 11:00.**
2. **Wymagane dokumenty składane z ofertą:**
   - Formularz oferty – ***załącznik nr 1***
   - Formularz cenowy – ***załącznik nr 2***
   - Oświadczenia Wykonawcy – ***załącznik nr 3***
   - Umowa generalna ubezpieczeń komunikacyjnych
   - Uprawnienia do ubezpieczania pojazdów sanitarnych przez Wykonawcę
   - Pełnomocnictwo
3. Jeżeli oferta wpłynie do Zamawiającego pocztą lub inną drogą (np. pocztą kurierską) o terminie złożenia oferty decyduje termin dostarczenia do Zamawiającego, a nie termin wysłania np. listem poleconym bądź złożenia zlecenia poczcie kurierskiej.
4. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Wykonawcy bez otwierania.
5. Zamawiający dokona otwarcia i wyboru ofert bez udziału Wykonawców w terminie związania z ofertą. Każdy zainteresowany ma prawo wglądu w dokumentację prowadzonego zapytania ofertowego.
6. Termin związania z ofertą wynosi 15 dni liczonych od otwarcia ofert.
7. Wyniki obowiązują po zatwierdzeniu przez Dyrektora SP ZOZ w Obornikach.

VI.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wybór najkorzystniejszej oferty - Zamawiający dokona wyboru najkorzystniejszej oferty po sprawdzeniu ofert pod względem formalnym i dokonaniu oceny ofert na podstawie przyjętych kryteriów wyboru .
2. Postępowanie będzie prowadzone na podstawie Regulaminu postępowania :
   a) Pracownik prowadzący postępowanie otwiera oferty
   b) Sprawdza oferty pod względem formalno – prawnym,
   c) Oferta niespełniająca wymogów formalno – prawnych zostaje odrzucona i nie bierze udziału w dalszym postępowaniu z zastrzeżeniem poprawek wynikających z omyłek tj. nieprawidłowym wypełnionym formularzu oferty np. brak NIP-u, REGON, adres e-mail itp., dokona brakujących wpisów lub zwróci się do Zamawiającego o podanie brakujących danych.
   d) Zawiadomienie o odrzuceniu wykonawcy przekłada Dyrektorowi w celu zatwierdzenia.
   e) Następnie pracownik prowadzący postępowanie na podstawie przyjętych kryteriów ocenia nadesłane oferty.

f) Na podstawie wszystkich czynności sporządzony jest protokół, który akceptuje Dyrektor.
g) Wybór najkorzystniejszej oferty na podstawie określonych kryteriów akceptuje Dyrektor.
h) Postępowanie kończy się w dniu podpisania umowy z danym Wykonawcą.
i) Po zakończeniu postępowania, oferty złożone Udzielającemu zamówienia wraz z wszelkimi załączonymi dokumentami nie podlegają zwrotowi.

VII.
KLAZULA

Zamawiający oświadcza, że spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 4 maja 2016 r.), dalej: RODO, tym samym dane osobowe podane przez Wykonawcę będą przetwarzane zgodnie z RODO oraz zgodnie z przepisami krajowymi.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach, z siedzibą: ul. Szpitalna 2, 64 – 600 Oborniki, Dane kontaktowe:
   - kontakt listowny na adres: ul. Szpitalna 2, 64 – 600 Oborniki,
   - adres e-mail: szpital@szpital.oborniki.info
   - telefon: 61/29 – 73 - 617
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych.
3. Z Inspektorem można kontaktować w następujący sposób:
   - listownie na adres: ul. Szpitalna 2, 64-600 Oborniki
   - przez e-mail: rodo@szpital.oborniki.info.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego o **Nr ZOD/05/21** na: **Ubezpieczenie komunikacyjne na pojazdy sanitarne w SP ZOZ Oborniki** prowadzonym w trybie zapytania ofertowego.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 18 oraz art. 74 ust. 1 ustawy PzP
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 78 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;
7. 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;
8. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
9. Posiada Pani/Pan:
   - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
   - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych1 ;
   - 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;
   - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
10. Nie przysługuje Pani/Panu:
    - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
    - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
    - 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.

Załączniki:
Formularz Oferty – ***załącznik nr 1***
Formularz Cenowy – ***załącznik nr 2***
Oświadczenia Wykonawcy – ***załącznik nr 3***
Instrukacja szyfrowania ofert – ***załącznik nr 4***

Z up. Dyrektora
SP ZOZ Oborniki
mgr Maria Sak

ZOU/05/21 *Załącznik nr 1*

FORMULARZ OFERTY

_____ _____ **dnia** _____

(pieczątka firmowa Wykonawcy)

NIP_____

REGON_____

Adres e-mail: _____

Nr telefonu do kontaktu:_____

I. Nawiązując do zapytania ofertowego **na ubezpieczenie komunikacyjne pojazdów sanitarnych i pojazdu osobowego w SP ZOZ Oborniki** oferuję przedmiot zamówienia za:

1) OC wszystkich pojazdów : ..... zł brutto
2) AC wszystkich pojazdów : ..... zł brutto
3) NNW wszystkich pojazdów : ..... zł brutto
4) Assistance wszystkich pojzadów : ..... zł brutto

ŁĄCZNIE : ..... zł

II. Oświadczamy, że w cenie zostały uwzględnione wszystkie koszty zamówienia i nie ulegną one wzrostowi do końca trwania umowy.

III. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 15 dni od daty otwarcia ofert.

IV. Termin płatności wynosi 30 dnia od dnia wystawienia polisy.

V. Oświadczamy, że uzyskaliśmy konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.

VI. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie warunki udziału w postępowaniu zgodnie z wymogami Zamawiającego.

VII. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[1] wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.[2]

[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).*

[2] *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).*

_____

(Podpis i pieczątka osoby upoważnionej do reprezentowania firmy)

ZOU/05/21

FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 2 do SWZO

Ubezpieczenia komunikacyjne					
Rodzaj ubezpieczenia	**Przedmiot ubezpieczenia**	**Marka / model / rok produkcji**	**Wartość pojazdu**	**Taryfa składek/stawek**	**Wartość składki na okres 12 m-cy zł brutto / %**
OC	karetka specjalno-sanitarna „podstawowa"	Peugeot Boxer, 2009r.	5 000,00 zł	..... zł	
	karetka specjalno-sanitarna „specjalnistyczna"	Volkswagen Crafter, 2013r.	43 000,00 zł	..... zł	
	karetka specjalno-sanitarna „transportowa"	Peugeot Boxer, 2008r.	15 500,00 zł	..... zł	
	samochód osobowy	Peugeot Partner, 2008r.	2 500,00 zł	..... zł	
	karetka specjalno-sanitarna „transportowa"	Volskwagen Caddy, 2018r.	80 000,00 zł	..... zł	
	karetka specjalno-sanitarna „specjalistyczna"	Mercedes Benz Sprinter, 2020r.	350 000,00 zł	..... zł	
AC	karetka specjalno-sanitarna „podstawowa"	Peugeot Boxer, 2009r.	5 000,00 zł	..... %	
	karetka specjalno-sanitarna „specjalnistyczna"	Volkswagen Crafter, 2013r.	43 000,00 zł	..... %	
	karetka specjalno-sanitarna „transportowa"	Peugeot Boxer, 2008r.	15 500,00 zł	..... %	
	samochód osobowy	Peugeot Partner, 2008r.	2 500,00 zł	..... %	
	karetka specjalno-sanitarna „transportowa"	Volskwagen Caddy, 2018r.	80 000,00 zł	..... %	
	karetka specjalno-sanitarna „specjalistyczna"	Mercedes Benz Sprinter, 2020r.	350 000,00 zł	..... %	
NNW	karetka specjalno-sanitarna „podstawowa"	Peugeot Boxer, 2009r.	5 000,00 zł	..... %	
	karetka specjalno-sanitarna „specjalnistyczna"	Volkswagen Crafter, 2013r.	43 000,00 zł	..... %	
	karetka specjalno-sanitarna „transportowa"	Peugeot Boxer, 2008r.	15 500,00 zł	..... %	
	samochód osobowy	Peugeot Partner, 2008r.	2 500,00 zł	..... %	
	karetka specjalno-sanitarna „transportowa"	Volskwagen Caddy, 2018r.	80 000,00 zł	..... %	
	karetka specjalno-sanitarna „specjalistyczna"	Mercedes Benz Sprinter, 2020r.	350 000,00 zł	..... %	
ASSISANTCE (według potrzeb)	karetka specjalno-sanitarna „podstawowa"	Peugeot Boxer, 2009r.	5 000,00 zł	..... zł	
	karetka specjalno-sanitarna „specjalnistyczna"	Volkswagen Crafter, 2013r.	43 000,00 zł	..... zł	
	karetka specjalno-sanitarna „transportowa"	Peugeot Boxer, 2008r.	15 500,00 zł	..... zł	
	samochód osobowy	Peugeot Partner, 2008r.	2 500,00 zł	..... zł	
	karetka specjalno-sanitarna „transportowa"	Volskwagen Caddy, 2018r.	80 000,00 zł	..... zł	
	karetka specjalno-sanitarna „specjalistyczna"	Mercedes Benz Sprinter, 2020r.	350 000,00 zł	..... zł	
ŁĄCZNA SKŁADKA:					

ZOU/05/21 ***Załącznik nr 3***

.....

.....

.....

.....

(nazwa i adres Wykonawcy)

.....

(miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA

Przystępując do postępowania **na ubezpieczenie komunikacyjne pojazdów sanitarnych oraz pojazdu osobowego w SP ZOZ Obornik** prowadzonego w trybie Zapytania Ofertowego bez stosowania przepisów ustawy Pzp w imieniu Wykonawcy wskazanego powyżej:

OŚWIADCZAM, że:

1) posiadam zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej

2) dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,

3) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,

4) nie wydano wobec mnie prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,

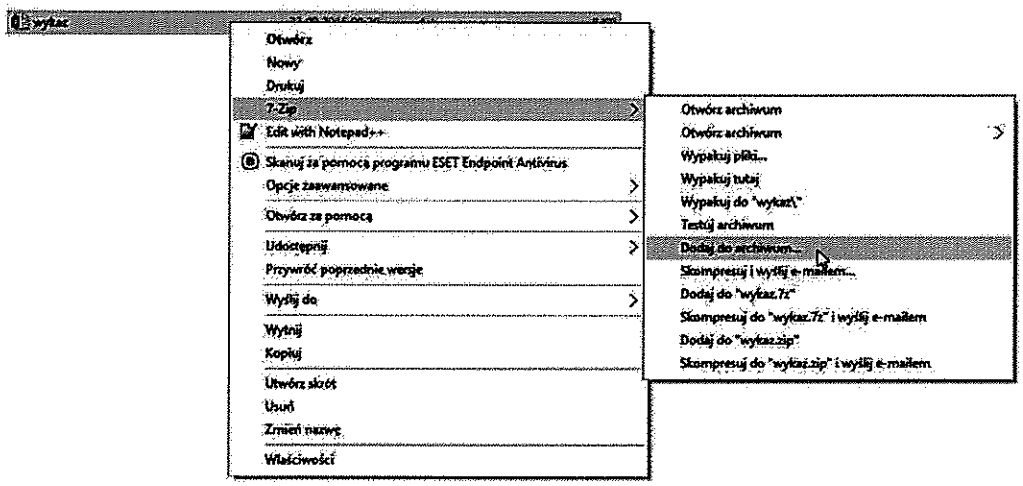
.....

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

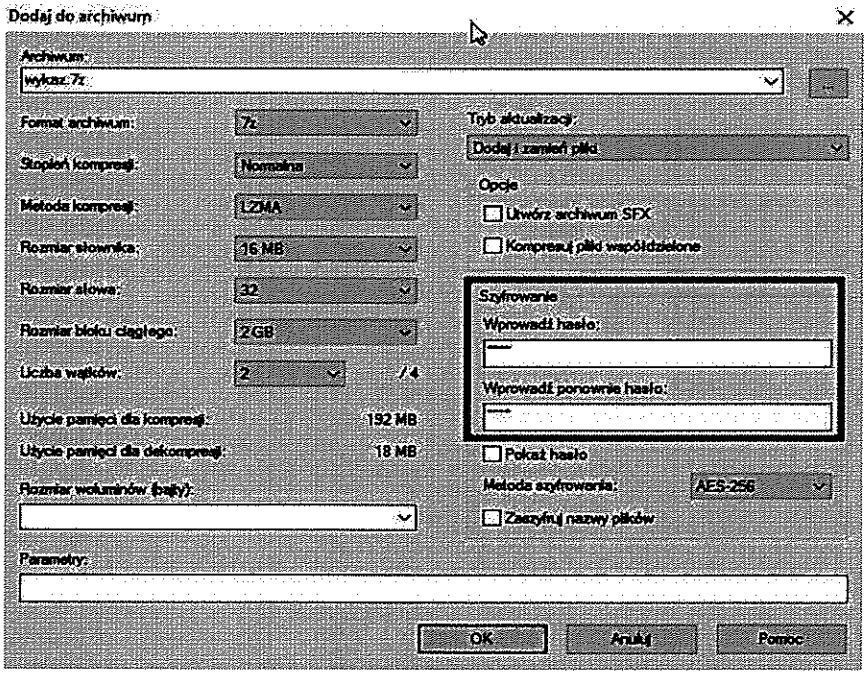
szpitalobornіki

Instrukcja szyfrowania pliku/katalogu programem 7-zip.

1. Należy kliknąć prawym przyciskiem myszy na plik lub katalog i wybrać opcję 7-zip -> Dodaj do archiwum. Przykład na poniższym rysunku:



2. Następnie w okienku „Dodaj do archiwum" w polu „Wprowadź hasło:" wpisujemy hasło, którym chcemy zaszyfrować plik lub katalog. W polu „Wprowadź ponownie hasło:" ponownie wpisujemy hasło w celu weryfikacji poprawności wpisanego hasła. Przykład na poniższym rysunku:



3. W wyniku szyfrowania otrzymujemy plik o rozszerzeniu .7z, który można bezpiecznie przesłać e-mailem jak normalny załącznik.

