**Załącznik nr 1**

**F O R M U L A R Z O F E R T Y**

Nazwa i siedziba Wykonawcy albo Imię i nazwisko, adres zamieszkania i adres Wykonawcy

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

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko):

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

Nr telefonu, faksu ................................................................................................................................................................

Regon:........................................................................ NIP:...........................................BDO…………………………………………….

Województwo.............................................................. Powiat……........................................................................................

Internet: http://........................................................... **e-mail:............................................@..........................................**

KRS: ……………………………………… (jeżeli dotyczy)

**Wykonawca jest: \***

* Mikroprzedsiębiorstwem [[1]](#footnote-1),
* Małym przedsiębiorstwem [[2]](#footnote-2),
* Średnim przedsiębiorstwem [[3]](#footnote-3),
* Jednoosobową działalnością gospodarczą,
* Osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,
* Innym rodzajem

**UWAGA \*zaznaczyć właściwe**

Do:

**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO NR 1 IM. NORBERTA BARLICKIEGO**

**UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI**

**90-153 ŁÓDŹ, UL. KOPCIŃSKIEGO 22**

Nawiązując do ogłoszenia opublikowanego w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej nr **Dz.U. S: 85/2024 nr 258326-2024** w dniu **30.04.2024 r.** o przetargu nieograniczonym **pn. „Dostawa i wdrożenie Szpitalnego Systemu Informacyjnego HIS w ramach projektu „Tworzenie i rozwój Regionalnych Centrów Medycyny Cyfrowej” – numer sprawy 57/PN/ZP/U/2024**

1. **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia objętego niniejszym postępowaniem z Pakietu….., zgodnie z wymaganiami określonymi w SWZ, na warunkach określonych we wzorze umowy, w łącznej całkowitej cenie:**

 **Pakiet 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Cena ryczałtowa****netto w PLN** | **VAT** **(w %)** | **Cena ryczałtowa brutto w PLN** |
| **a** | **b** | **c** | **d = b + b x c** |
| 1) dostawa i wdrożenie Szpitalnego Systemu Informacyjnego HIS w ramach projektu „Tworzenie i rozwój Regionalnych Centrów Medycyny Cyfrowej”– zakup licencji, instalacja, konfiguracja, wdrożenie wraz z migracją danych oraz ewaluacja systemu, zgodnie z Opisem Przedmiotu Zamówienia OPZ stanowiącym załącznik nr 2 do SWZ. | …………………… , ……. | ……… % | …………………… , ……. |
| **RAZEM**  | **………………… , …….** |  | **………………… , …….** |

**Pakiet 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Cena ryczałtowa****netto w PLN** | **VAT** **(w %)** | **Cena ryczałtowa brutto w PLN** |
| **a** | **b** | **c** | **d = b + b x c** |
| 1) dostawa i wdrożenie modułu aptecznego oraz integracja z HIS w ramach projektu „Tworzenie i rozwój Regionalnych Centrów Medycyny Cyfrowej”– zakup licencji, instalacja, konfiguracja, wdrożenie wraz z migracją danych oraz ewaluacja systemu, zgodnie z Opisem Przedmiotu Zamówienia OPZ stanowiącym załącznik nr 2 do SWZ. | …………………… , ……. | ……… % | …………………… , ……. |
| **RAZEM**  | **………………… , …….** |  | **………………… , …….** |

**UWAGA!!! Zgodnie z zapisami rozdz. XVI SWZ cena stanowi jedno z kryterium oceny ofert. !!!**

**Brak podania przez Wykonawcę cen w Formularzu oferty będzie skutkować odrzuceniem oferty na podstawie art. 226 ust. 1 pkt 5 ustawy zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 – t.j. ze zm.).**

**Dotyczy Pakietu 1 – dla potrzeb oceny kryterium „Cechy oprogramowania”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Cechy oprogramowania zaoferowanego przez Wykonawcę | TAK/NIEPodać |
| 1. | Oprogramowanie w części medycznej (HIS) i radiologicznej (PACS) działają na jednej bazie danych i pochodzą od jednego producenta.(ocena na podstawie dokumentu załączonego do oferty – oświadczenie z podaniem nazwy producenta oraz na podstawie próbki oferowanego systemu) |  |
| 2. | Niezależność systemu od motoru bazy danych - obsługa minimum dwóch komercyjnych, relacyjnych motorów baz danych głównych dostawców na rynku.*(ocena na podstawie próbki oferowanego systemu)* |  |
| 3. | System PACS posiada certyfikat zgodności z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych (MDR).*(ocena na podstawie dokumentu załączonego do oferty - certyfikat)* |  |

Wykonawca, który chce uzyskać punkty w kryterium cechy oprogramowania, zobligowany jest do uzupełnienia powyższej tabeli oraz odpowiednio potwierdzić parametr (oświadczenie/certyfikat).

Brak uzupełnienia w ofercie poszczególnych pól lub brak w ofercie oświadczenia lub certyfikatu na ich potwierdzenie skutkować będzie przyznaniem zera (0) punktów w danej kategorii.

**Dotyczy Pakietu 2 – dla potrzeb oceny kryterium „Czasy reakcji”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Czas reakcji** | Punktacja | Proponowany czas reakcji - podać |
| 1. | ***w przypadku awarii zdalnego połączenia gwarantowany czas przyjazdu do siedziby Zamawiającego od chwili potwierdzenia otrzymania zgłoszenia przez Wykonawcę).****(ocena na podstawie wypełnionego formularza oferty)* | 24 godziny robocze – 0 pkt12 godzin roboczych – 4 pkt6 godzin roboczych – 10 pkt4 godziny robocze – 20 pkt |  |

**UWAGA!!! Zgodnie z zapisami rozdz. XVI SWZ czas reakcji stanowi jedno z kryteriów oceny ofert. !!!**

**Brak podania przez Wykonawcę czasu reakcji w Formularzu oferty będzie skutkować odrzuceniem oferty na podstawie art. 226 ust. 1 pkt 5 ustawy zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 – t.j. ze zm.).**

1. Oferujemy wykonanie **przedmiotu zamówienia** zgodnie z wymogami określonymi w SWZ, w szczególności zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia przedstawionym w załączniku nr 2 do SWZ, , stanowiącym integralną część niniejszej oferty, na warunkach określonych we wzorze umowy.
2. Potwierdzamy spełnienie wymaganego przez Zamawiającego terminu płatności, tj. **30 dni** od dnia otrzymania faktury, po wykonaniu **przedmiotu zamówienia** potwierdzonego protokołem wykonania bez zastrzeżeń.

Proponowany termin płatności: **30 dni** na ww. warunkach.

Należność będzie wpłacana przelewem na rachunek bankowy (rozliczeniowy) Wykonawcy podany na fakturze,

który jest zgodny:

* z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) wprowadzonego do wykazu podatników VAT tzw. biała lista - w przypadku podatników VAT \*
* z numerem rachunku bankowego (rozliczeniowego) zgłoszonym przez Wykonawcę do Urzędu Skarbowego w związku z prowadzoną działalnością - w przypadku innych podatników \*

*\*niewłaściwe skreślić*

1. **Potwierdzamy, że okres gwarancji na dostawę Pakiet ……… wynosi 36 miesięcy .**
2. **Potwierdzamy, że okres rękojmi równa się okresowi gwarancji i wynosi 36 miesięcy.**
3. **Potwierdzamy, że okres gwarancji na migrację danych z Pakietu ……… wynosi 6 miesięcy.**
4. Zobowiązujemy się posiadać ubezpieczenie (opłacona polisa, a w przypadku jej braku inny opłacony dokument ubezpieczenia potwierdzający, że jesteśmy ubezpieczeni) od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności zgodnej z przedmiotem zamówienia przez cały okres trwania umowy. W przypadku zakończenia terminu, na jaki polisa lub inny dokument ubezpieczenia został/-a zawarty/-a, w trakcie obowiązywania umowy, zobowiązujemy się do przedłożenia nowej opłaconej polisy lub innego opłaconego dokumentu ubezpieczenia najpóźniej następnego dnia po zakończeniu obowiązywania poprzedniej, bez wezwania ze strony Zamawiającego.
5. Nasze numery kontaktowe pod jakie należy zgłaszać usterki, awarie i wszelkie inne kwestie związane z wykonywaniem usługi to:

tel. stacjonarny **………………………**, tel. komórkowy **…………………………**, faks **………………………** , mail **………………………**

1. Zabezpieczenie konsultacji telefonicznych typu „hot-line” nr tel. ……………………………
2. Osoby do kontaktu w sprawie realizacji umowy: ………………..…………………………. tel. ……………….e-mail…………………
3. Adres do doręczeń w sprawie realizacji umowy: adres pocztowy……………………………………………………….,

e-mail……………………………………..

1. **Potwierdzamy wpłatę wadium** w wysokości ………………………. w formie …………….
2. Zwrot na nr konta…………………………………………………………………………………………………………..
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia, wyjaśnieniami, zmianami SWZ oraz z załączonymi wzorami umów i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
4. Oświadczamy, że Projektowane postanowienia umowy w sprawie zamówienia publicznego, które zostaną wprowadzone do umowy, stanowiące załącznik Nr 4.1, 4.2 do specyfikacji (zwane także Wzorem Umowy lub umową podstawową) oraz wzór umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (stanowiący załącznik nr 4b do wzoru umowy), zostały przez nas zaakceptowane w całości i bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia tych umów na zaproponowanych warunkach.
5. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.
6. Niniejszym informujemy, że informacje składające się na ofertę, zawarte w pliku pod nazwą ………………………… stanowią **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnodostępne. Jednocześnie wykazujemy, przedkładając w pliku pn. ………………… dokumenty, potwierdzające, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.
7. Niniejszym, zgodnie z art. 225 ust. 1 i 2 ustawy Prawo zamówień publicznych, informujemy, że dostawa oferowana w ramach przedmiotowego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **prowadzi \* / nie prowadzi\*** w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązkupodatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.

*\* niepotrzebne skreślić*

Dostawa niżej wymienionego oprogramowania, oferowanego w ramach niniejszego postępowania przetargowego prowadzi w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego: \*

- ...................................................................................................................................................

- ...................................................................................................................................................

- ...................................................................................................................................................

*\* (należy podać nazwę (rodzaj) towaru, wskazać ich wartość bez kwoty podatku oraz stawkę podatku VAT).*

*\*\*W przypadku nie podania / nie wpisania informacji, Zamawiający przyjmuje, że wybór oferty Wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.*

1. **Dostawę, stanowiącą przedmiot zamówienia** wykonamy **sami / przy udziale podwykonawcy**\*. Podwykonawca zrealizuje następującą część zamówienia:\*\*

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

Nazwy podwykonawców, jeżeli są już znani: ………………………………………………………………………………………………

\**niepotrzebne skreślić.*

\*\* *W przypadku nie wpisania części zamówienia, którą zrealizuje Podwykonawca, Zamawiający przyjmuje, że Wykonawca wykona zamówienie sam*

1. Zamówienie zrealizujemy (odpowiednie wypełnić):

a) **sami** ………………………………………………………………………………………………………………………………

b) **w konsorcjum z**:

- ……………………………………………………………………………………………………….………………………………………

1. (Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający ofertę jako **konsorcjum**). Oświadczamy, że sposób reprezentacji konsorcjum dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

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

1. **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY W ZAKRESIE WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW INFORMACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH W ART. 13 LUB ART. 14 RODO**

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 – **DOTYCZY / NIE DOTYCZY**\*

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 –należy niepotrzebne skreślić.

1. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi integralną jej część są:

(numerowany wykaz załączników wraz z tytułami)

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

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

1. (Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR) [↑](#footnote-ref-1)
2. (Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR) [↑](#footnote-ref-2)
3. Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR** [↑](#footnote-ref-3)