|  |  |
| --- | --- |
| Znak sprawy: 16/UCMMiT/PN/2020 | **Załącznik nr 1 do SIWZ** |
| **FORMULARZ OFERTOWY** | | |  |
| **Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej**  **ul. Powstania Styczniowego 9B , 81-519 Gdynia**  W postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych pn:  **„Wdrożenie EDM i usług z zakresu e-zdrowia oraz telemedycyny w Uniwersyteckim Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni”** | | |  |
| 1. **DANE WYKONAWCY:**   Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:  **…......................................................................................………………..…………………………………….**  Wykonawca/Wykonawcy:**……………..……………………………….………….……….……………..……**  Adres:**………………………………………………………………………………………..……...…..……**  Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym:**.…………………………………………............…......**  Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem:  tel./faks **………………………………………………………………...…** e-mail**………………….................**  Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres siedziby): **……..…………………………….…………..…** | | |  |
| 1. **POZYCJE OFERTY:**    1. **Kryterium oceny ofert: „Łączna cena ofertowa brutto (C)”:**   Niniejszym oferuję realizację przedmiotu zamówienia za cenę ofertową\* , która wynosi brutto:  …………… zł (cena brutto z podatkiem VAT) (słownie: …………………………………… złotych),  w tym:………… zł (netto bez podatku VAT) …… stawka VAT ……………… zł kwota podatku VAT.  W/w cena uwzględnia należny VAT od całości przedmiotu zamówienia, który zostanie odprowadzony przez Wykonawcę zgodnie z obowiązującymi przepisami.  Przy czym cena brutto za realizację:   1. Zadania I wynosi …………………………………. zł 2. Zadania II (objęte prawem opcji) wynosi ……………………………….. zł 3. **Kryterium oceny ofert: „Okres gwarancji**  dla Zadania I  **(G)”:**   Niniejszym udzielam gwarancji na okres …… miesięcy.   1. **Kryterium oceny ofert: „ Funkcjonalności jakościowe (parametry techniczne podnoszące jakość oferowanego systemu (J))**   Niniejszym oferuję realizację przedmiotu zamówienia z następującymi funkcjonalnościami i właściwościami:   1. **Cechy jakościowe**  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Cechy oprogramowania zaoferowanego przez Wykonawcę** | **Tak /Nie** | | 1 | System PACS posiada certyfikat w klasie IIb lub jest zarejestrowany jako wyrób medyczny w klasie IIb  (ocena na podstawie dokumentu załączonego do oferty - certyfikat) |  | | 2 | Niezależność systemu HIS od motoru bazy danych - obsługa minimum dwóch komercyjnych, relacyjnych motorów baz danych głównych dostawców na rynku (należy wybrać z następujących: Oracle, Sybase, Microsoft, IBM)  (ocena na podstawie próbki) |  | | 3 | Moduły ruch chorych, rozliczenia z NFZ, apteka i system PACS działają na jednej bazie danych i pochodzą od jednego producenta  (ocena na podstawie dokumentu załączonego do oferty – deklaracja z podaniem nazwy producenta) |  |  1. **funkcjonalności**  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Funkcjonalność** | **Tak/Nie** | |  | Co najmniej w modułach związanych z obsługą pacjenta w ambulatorium i szpitalu (gabinet lekarski, oddział, izba przyjęć) - system posiada funkcję prezentującą zalogowanemu użytkownikowi włączone i wyłączone funkcje i opcje systemowe. Dzięki temu administrator systemu może zweryfikować np. jakie uprawnienia należy dodać lub odebrać użytkownikowi lub jakie opcje konfiguracyjne powinny zostać włączone lub wyłączone. |  | |  | Podczas dodawania leku do listy leków preferowanych, moduł umożliwia konfigurację domyślnego dawkowania wskazanego leku. Dzięki temu podczas wystawiania kolejnej recepty moduł umożliwia wybór leku preferowanego i ustawienie domyślnego dawkowania. |  | |  | Podczas dodawania leku do listy leków preferowanych, moduł umożliwia konfigurację domyślnego dawkowania leku dla pacjenta, któremu wystawiana jest recepta. Dzięki temu przy kolejnym wystawianiu recepty dla danego pacjenta moduł umożliwia wybór leku preferowanego i ustawienie domyślnego dawkowania. |  | |  | System udostępnia funkcję grafików przyjęć, umożliwiającą określenie dziennego limitu ilościowego przyjęć pacjentów do wybranych oddziałów i umożliwia zdefiniowanie usługi głównej jaka powinna zostać wykonana podczas planowanej hospitalizacji. |  | |  | Zapisanie kolejnego planowanego przyjęcia w terminarzu powoduje wyświetlanie i aktualizację sumarycznej ilości pacjentów z przyjęciem zaplanowanym na dany dzień. |  | |  | System sygnalizuje gradientem kolorów sytuację, w której ilość pacjentów zaplanowanych do przyjęcia na dany dzień zbliża się lub jest równa limitowi przyjęć na dany dzień. |  | |  | Dla systemu informowania użytkownika o wynikach badań. Użytkownik zlecający badanie może wskazać, o których wynikach badań chce zostać poinformowany poprzez powiadomienie systemowe lub e-mail. Użytkownik może wskazać innych użytkowników, którzy powinni zostać poinformowani o wynikach badań. |  | |  | Prezentacja obrazów referencyjnych na ekranie wprowadzenia wyniku w postaci miniaturek. |  | |  | System umożliwia połączenie typu usługi z domyślnymi formularzami zlecenia, wyniku, opisu usługi - w taki sposób, że wszystkie usługi połączone z danym typem domyślnie będą połączone z danymi formularzami. Dzięki temu nie będzie konieczności łączenia pojedynczo poszczególnych usług z formularzami. System umożliwia zmianę domyślnych formularzy usługi bezpośrednio dla konkretnej usługi (formularze zdefiniowane bezpośrednio dla usługi mają pierwszeństwo przed formularzami, które usługa otrzymuje z poziomu typu usługi). |  | |  | System umożliwia dodanie na formularzu pola opisowego, z możliwością konfiguracji co najmniej:  - nazwy pola (opisu pola),  - długości pola,  - wysokości pola,  - wyrównania poziomego,  - wyrównania pionowego,  - oznaczenia czy uzupełnienie pola jest obligatoryjne,  - wskazania źródła wartości domyślnej (np. wzrostu lub wagi pacjenta),  - dostępu do wyników pacjenta z możliwości skopiowania wyniku do pola,  - dostępu do wprowadzonych wcześniej danych na innych formularzach. |  | |  | System umożliwia dodanie na formularzu pola opisowego - formatowanego, w którym użytkownik będzie mógł wstępnie sformatować wprowadzony opis (pogrubienie, podkreślenie, kursywa, z możliwością konfiguracji co najmniej:  - nazwy pola (opisu pola),  - wyrównania poziomego,  - wyrównania pionowego,  - oznaczenia czy uzupełnienie pola jest obligatoryjne,  - wskazania źródła wartości domyślnej (np. wzrostu lub wagi pacjenta),  - dostępu do wyników pacjenta z możliwością skopiowania wyniku do pola,  - dostępu do wprowadzonych wcześniej danych na innych formularzach. |  | |  | System umożliwia dodanie na formularzu pola liczby całkowitej, z możliwością konfiguracji co najmniej:  - nazwy pola (opisu pola),  - długości pola,  - wyrównania poziomego,  - wyrównania pionowego,  - wartości minimalnej,  - wartości maksymalnej,  - normy (w przypadku przekroczeniu normy - system w podglądzie wprowadzonych w polu danych oznaczy je odpowiednim kolorem, np. czerwonym w przypadku przekroczenia górnej granicy lub niebieskim w przypadku przekroczenia dolnej granicy),  - jednostki miary,  - oznaczenia czy uzupełnienie pola jest obligatoryjne,  - wskazania źródła wartości domyślnej (np. wzrostu lub wagi pacjenta). |  | |  | System umożliwia dodanie na formularzu pola liczby rzeczywistej, z możliwością konfiguracji co najmniej:  - nazwy pola (opisu pola),  - długości pola,  - wyrównania poziomego,  - wyrównania pionowego,  - wartości minimalnej,  - wartości maksymalnej,  - miejsc po przecinku, których wprowadzenie będzie możliwe,  - normy (w przypadku przekroczeniu normy - system w podglądzie wprowadzonych w polu danych oznaczy je odpowiednim kolorem, np. czerwonym w przypadku przekroczenia górnej granicy lub niebieskim w przypadku przekroczenia dolnej granicy),  - jednostki miary,  - oznaczenia czy uzupełnienie pola jest obligatoryjne,  - wskazania źródła wartości domyślnej (np. wzrostu lub wagi pacjenta). |  | |  | System umożliwia dodanie na formularzu panelu załączania plików. |  | |  | System umożliwia dodanie na formularzu schematu graficznego |  | |  | System umożliwia dodanie na formularzu słownika pracowników, z możliwością konfiguracji co najmniej:  - nazwy pola (opisu pola),  - długości pola,  - wyrównania poziomego,  - wyrównania pionowego,  - wskazanie funkcji pracownika,  - wskazanie typów pracowników - dla zawężenia dostępnej w polu listy pracowników,  - oznaczenia czy na jednym formularzu powinna być możliwość wybrania tego samego pracownika więcej niż jeden raz,  - oznaczenie pracownicy jakich jednostek organizacyjnych powinni być dostępni w polu listy pracowników,  - oznaczenie czy po wyborze pracownika z listy - na podglądzie formularza poza imieniem i nazwiskiem powinny być widoczne również tytuł naukowy, specjalizacje i numer Prawa Wykonywania Zawodu,  - oznaczenie czy uzupełnienie pola jest obligatoryjne. |  | |  | System umożliwia dodanie na formularzu słownika urządzeń, z możliwością konfiguracji co najmniej:  - nazwy pola (opisu pola),  - długości pola,  - wyrównania poziomego,  - wyrównania pionowego,  - wskazanie typów urządzeń, których wybór będzie możliwy,  - oznaczenie czy na jednym formularzu powinna istnieć możliwość wyboru tej samej pozycji słownikowej więcej niż jeden raz,  - oznaczenie czy uzupełnienie pola jest obligatoryjne. |  | |  | System umożliwia kopiowania samych atrybutów formularza w celu wykorzystania ich do stworzenia nowego formularza. |  | |  | System umożliwia konfiguracje każdego z elementów dokumentacji formularzowej co najmniej poprzez:  - możliwość konfiguracji czy zapis danego elementu będzie możliwy tylko raz podczas pobytu / wizyty czy wiele razy podczas pobytu / wizyty;  - możliwość konfiguracji zakresu widoczności do edycji i odczytu dla hospitalizacji / pobytu na oddziale / wizyty lub zawsze dla danego pacjenta;  - możliwość konfiguracji jakie tryby dokumentacji formularzowej powinny być dostępne: dokument kompletny / dokument w formie szkicu,  - możliwość konfiguracji czy edycja danego dokumentu powinna być możliwa w zamkniętych pobytach,  - możliwość konfiguracji czy po zapisie dokumentu - na podglądzie powinny być ukrywane nieuzupełnione pola. |  | |  | System umożliwia zarządzanie dokumentacją formularzową w zakresie widoczności poszczególnych elementów w jednostkach struktury organizacyjnej. |  |   \* **CENA OFERTOWA** stanowi całkowite wynagrodzenie Wykonawcy, uwzględniające wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z niniejszą SIWZ.  4. Gwarantuję, w okresie gwarancji, możliwość zakupu dodatkowych licencji dotyczących ruchu chorych i dokumentacji medycznej dla personelu medycznego w cenie ………..… za licencję. Ilość licencji możliwych do zakup w ramach niniejszej klauzuli wynosi nie więcej niż 25 licencji. | | |  |
| 1. **OŚWIADCZENIA:** 2. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SIWZ oraz we wzorze umowy stanowiącym Załącznik nr 4 do SIWZ; 3. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia; 4. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte; 5. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres **60 dni** licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem); 6. Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia nastąpi w terminie **do 30 dni** od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury; 7. Zostaliśmy poinformowani, że możemy zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych, nie później niż w terminie składania ofert, wydzielić z oferty informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, wykazując jednocześnie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, i zastrzec w odniesieniu do tych informacji, aby nie były one udostępnione innym uczestnikom postępowania. W przypadku, gdy do części oferty objętej tajemnicą przedsiębiorstwa nie zostanie dołączone uzasadnienie zastosowania ww. klauzuli, Zamawiający odtajni zastrzeżone części oferty bez dokonywania oceny zasadności objęcia informacji tajemnicą przedsiębiorstwa. 8. Biorąc udział w postępowaniu oświadczam, że numer rachunku rozliczeniowego wskazany we wszystkich fakturach, które będą wystawione w moim imieniu, jest rachunkiem / nie jest rachunkiem\*, dla którego zgodnie z Rozdziałem 3a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Prawo Bankowe (tj. Dz.U z 2019 r. poz. 2357) prowadzony jest rachunek VAT. 9. Pod groźbą odpowiedzialności karnej załączone do Oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 Kodeksu Karnego). 10. Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami dotyczącymi podatku od towarów i usług proszę zaznaczyć TAK i wypełnić poniższą pozycję:   TAK/NIE\*  *\*odpowiednio skreślić*  Jeśli TAK: kwota netto podlegająca odwrotnemu obciążeniu Vat: zł  wartość podatku Vat do odprowadzenia przez Zamawiającego: zł  *Uwaga: W przypadku, gdy Wykonawca nie zaznaczy żadnego z wariantów lub zaznaczy obydwa warianty Zamawiający przyjmie, że wybór oferty nie będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego.*  Jeżeli złożono ofertę, w której zastosowano stawki podatku od towarów i usług przewidziane dla produktów medycznych należy zaznaczyć TAK  TAK/NIE *\**\*  \**\**odpowiednio skreślić  Jeśli TAK: kwota netto dla części oferty objętej stosowaniem stawki VAT dla produktów medycznych wynosi: zł  stawka podatku VAT %  kwota brutto wynosi zł.  *Uwaga: W przypadku, gdy Wykonawca nie zaznaczy żadnego z wariantów lub zaznaczy obydwa warianty Zamawiający przyjmie, że Wykonawca nie zastosował stawki podatku od towarów i usług przewidzianej dla produktów medycznych* | | |  |
| 1. **ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:** 2. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego; 3. osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy jest .............................................................................................................................................   e-mail: …….…………………..……....…. tel./fax: .....................................................………..; | | |  |
| 1. **PODWYKONAWCY:**   Podwykonawcom zamierzam powierzyć poniższe następujące zakresy zamówienia:  **.........................................................................................................................**  (Jeżeli jest to wiadome, należy podać również dane proponowanych podwykonawców).   1. ......................................................................................................................................................... 2. ......................................................................................................................................................... | | |  |
| 1. Oświadczam(y), że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, polegam(y) na zasobach następujących podmiotów: 2. ………………………………………… w zakresie ………………………………………………………. 3. ………………………………………… w zakresie ………………………………………………………. | | |  |
| 1. **Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO**[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[2]](#footnote-2) | | |  |
| Załączniki do oferty:   1. Kopia potwierdzająca wniesienie wadium str. ................... 2. JEDZ str. ………...... 3. Zobowiązanie podmiotów\* str. ................... 4. Pełnomocnictwo\* str. ................... 5. Dokumenty potw., że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa\* 6. Certyfikat systemu PACS str. ................... 7. Deklaracja dotycząca modułu Ruch Chorych, modułu Rozliczenia z NFZ, modułu Apteka i System PACS str. ................... 8. ……………………………………… str. ................... | |  | |
| *\* niepotrzebne skreślić*  ..................................... , dnia ..............................  ...........................................................................................  *Kwalifikowalny podpis elektroniczny osoby  upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy* | |  | |

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).* [↑](#footnote-ref-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).* [↑](#footnote-ref-2)