*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr* ***1/2019/PJŻ/GG***

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

pieczęć adresowa firmy Wykonawcy

FORMULARZ OFERTOWY DO

ZAPYTANIA OFERTOWEGO NR 1/2019/PJŻ/GG

Przystępując do udziału w postępowaniu ofertowym, na dostawę przedmiotu zamówienia zgodnego z Zapytaniem ofertowym nr 1/2019/PJŻ/GG, dotyczącym wyboru dostawcy usługi teleopieki dla osób niesamodzielnych z terenu powiatu gostyńskiego i gnieźnieńskiego polegającej na udostępnieniu urządzeń komunikacji alarmowej tzw. Bransoletek Życia (bransoletka, smartfon, karta SIM, Centrum Monitorowania 24h) lub równoważnych urządzeń w postaci np. bransoletka, opaska, brelok, wisiorek, w ramach realizacji projektu pt. **„Pogodna Jesień Życia. Usługi opiekuńcze w powiecie gostyńskim i gnieźnieńskim**”, nr umowy: RPWP.07.02.02-30-0072/17-00, wskazujemy poniżej cenę zamówienia, okres gwarancji oraz termin dostawy.

**Oferujemy dostarczenie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymaganiami Zapytania ofertowego, spełniające następujące parametry:**

**TABELA NR 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zadanie nr 1** – wymagania dla urządzeń komunikacji alarmowej  tzw. Bransoletek Życia lub równoważnych urządzeń. | | |
| **Lp.** | **Lp. Parametr wymagany** | **Parametr Oferowany**  (wpisać TAK w przypadku spełniania parametru wymaganego lub opisać parametr oferowany w przypadku oferty równoważnej, jeśli nie dotyczy X) |
| 1. | Wodoodporna opaska na rękę dla osoby niesamodzielnej |  |
| 2. | Minimum 2 przyciski programowalne (możliwe ustawienie funkcji) w tym - SOS wywołujący połączenie z zaprogramowanym numerem. Zalecane rozwiązanie zabezpieczające przed przypadkowym naciśnięciem przycisku. |  |
| 3. | Możliwość prowadzenia rozmowy (ze smartfona lub niezależnie) |  |
| 4. | Gniazdo karty SIM. |  |
| 5. | Czujnik upadku |  |
| 6. | Uśredniona pojemność baterii wystarczająca na minimum 72 godziny czuwania oraz minimum 100 minut rozmowy. |  |
| 7. | W komplecie ładowarka. Nieobligatoryjne, ale zalecane ładowanie indukcyjne, bez kabla podłączeniowego. |  |
| 8. | Komunikaty głosowe generowane przez Bransoletkę Życia i/lub Smartfon w języku polskim. (np. komunikaty o próbie wykonania połączenia, uruchomieniu urządzenia, stanie baterii w bransoletce itp.) |  |
| 9. | Możliwość monitorowania z poziomu Centrum Monitorowania stanu naładowania baterii bransoletek i/lub Smartfonów. |  |
| 10. | Termin dostawy do 7 dni. Wykonawca podaje oferowany termin w kolumnie Parametr Oferowany. |  |
| 11. | Zapewnienie wymiany zepsutego/uszkodzonego urządzenia na koszt Wykonawcy. |  |

**TABELA NR 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zadanie nr 2** – usługi telekomunikacyjne – mobilne, świadczone w oparciu  o dostarczone karty SIM ( Data + Głos ) | | |
| **Lp.** | **Lp. Parametr wymagany** | **Parametr Oferowany**  (wpisać TAK w przypadku spełniania parametru wymaganego lub opisać parametr oferowany w przypadku oferty równoważnej, jeśli nie dotyczy X) |
| 1 | Umowa do dnia 31.12.2020 r. |  |
| 2 | Taryfa bez limitów na sms i połączenia krajowe na wszystkich kartach |  |
| 3 | Transfer danych do 3 GB/miesiąc |  |
| 4 | Możliwe zamówienia uzupełniające na aktywacje nowych usług w tej samej stawce i specyfikacji usług co w ofercie pierwotnej, będzie możliwe w każdym czasie obowiązywania umowy. |  |
| 5 | Powiadomienie o próbie połączenia. |  |
| 6 | Możliwość ograniczenia wykonywania połączeń z kart sim do zamkniętej grupy abonentów |  |
| 7 | Blokada reklam przychodzących. |  |
| 8 | Bezpłatna wymiana kart SIM (na wypadek uszkodzenia, kradzieży, itp.). |  |
| 9 | Zamawiający nie dopuszcza naliczania dodatkowej opłaty za aktywację usług podstawowych będących przedmiotem oferty. |  |
| 10 | Karty SIM typu muszą być kartami z możliwością wyłączenia kodu PIN |  |
| 11 | Karty SIM typu wieloformatowego ( standard, mikroSIM, nanoSIM) |  |

**TABELA NR 3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zadanie nr 3** – usługi monitoringu zestawów do zdalnej teleopieki | | |
| **Lp.** | **Parametr wymagany** | **Parametr Oferowany**  (wpisać TAK w przypadku spełniania parametru wymaganego lub opisać parametr oferowany w przypadku oferty równoważnej, jeśli nie dotyczy X) |
| 1 | System monitorujący, który musi być zarządzany bezpośrednio przez dostawcę usługi. |  |
| 2 | Możliwość dostępu do systemu dla uprawnionych pracowników Zamawiającego w roli Opiekuna. |  |
| 3 | System monitorujący gwarantuje pracę 24h/7 dni w tygodniu. |  |
| 4 | System monitorujący powinien być zaprojektowany w sposób zapewniający gromadzenie danych w tym danych wrażliwych w sposób bezpieczny zgodny z dobrymi praktykami. |  |
| 5 | System monitorujący musi zapewniać możliwość integracji oraz migracji danych do innych systemów w razie potrzeby poprzez przejrzystą i udokumentowaną strukturę bazy danych, moduł eksportu danych zgromadzonych w systemie, w szczególności danych pacjentów do formatu XML. Dodatkowo dane skanowane muszą być gromadzone w plikach graficznych o powszechnych formatach, a w ich nazwie muszą być zaszyte  identyfikatory pacjentów, których dotyczą te pliki. |  |
| 6 | Dostęp do danych systemu monitorującego ograniczony w zależności od uprawnień użytkowników (role).  Minimum następujące grupy uprawnień:  1. Administrator – konfiguracja systemu i uprawnień  2. Ratownik - dostęp do danych medycznych gromadzonych w systemie, możliwość ich podglądu, zmiany, gromadzenia itp.  3. Opiekun – dostęp do podstawowej karty pacjenta  4. Koordynator – pełny dostęp do bazy danych |  |
| 7 | Funkcjonalności niezbędne do zapewnienia integracji z zestawami do zdalnej opieki i zapewniające integralność danych.  1. Indywidualny numer pacjenta, którym oznaczane będą wszelkie rekordy w bazie oraz dołączana dokumentacja skanowana.  2. Powiązanie pacjenta z numerem karty SIM znajdującej się w zestawach przydzielonej pacjentowi.  3. Powiązanie z innymi numerami (telefon stacjonarny, komórkowy) z których podopieczny może dzwonić. |  |
| 8 | System powinien umożliwiać odbieranie sygnałów z przycisku SOS, czujnika upadku, pozycji GPS itp. dostarczonych urządzeń do zdalnej opieki |  |
| 9 | Usługa monitorowania świadczona przez minimum 5 ratowników medycznych i/lub lekarzy i/lub pielęgniarki z minimum 6-miesięcznym doświadczeniem w realizacji usług teleopieki. Zamawiający wymaga m.in. ksero dyplomów osób monitorujących usługę oraz indywidualnych, imiennych zaświadczeń potwierdzających zatrudnienie w/w osób przez Wykonawcę ze wskazaniem czasokresu, wymiaru i formy zatrudnienia. |  |
| 10 | Wdrożenie (tj. przekazanie kompletnych i gotowych urządzeń komunikacji alarmowej oraz szkolenie koordynatorów usług opiekuńczych) spoczywa na Wykonawcy. Miejscem wdrożenia będzie miejsce koordynacji usług opiekuńczych na terenie projektu lub siedziba Zamawiającego. |  |

**TABELA NR 4 - PARAMETRY NIEWYMAGALNE – DODATKOWE PUNKTY:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr niewymagany** | **Dodatkowa punktacja** | **Parametr Oferowany**  (wpisać TAK w przypadku spełniania parametru niewymaganego lub opisać parametr oferowany w przypadku oferty równoważnej |
| 1 | Opieka zdalna (usługa monitorowania) sprawowana w ramach przedsiębiorstwa prowadzącego działalność leczniczą. Zamawiający wymaga podania numeru księgi rejestrowej w RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) oraz załączenie do oferty dokumentu potwierdzającego prowadzenie tej działalności. | 15 punktów |  |
| 2 | Pomiar tętna wbudowany w oferowaną bransoletkę. | 5 punktów |  |
| 3 | Czujnik przemieszczania się zwany potocznie Krokomierzem wbudowany w oferowane urządzenie. | 5 punktów |  |
| 4 | Wykonawca zapewnia udostępnienie większej ilości, niż min. 30 szt., urządzeń komunikacji alarmowej, w zakresie i terminach uzgodnionych z Zamawiającym. | 5 punktów |  |
| 5 | Posiadanie Certyfikatu ISO 9001 lub równoważny na świadczenie usług zdalnych i ich sprzedaż. | 10 punktów |  |

**Oferujemy dostarczenie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymaganiami określonymi   
w Zapytaniu ofertowym nr 1/2019/PJŻ/GG w następującej cenie:**

**1.1** Cena brutto w PLN całości dostawy urządzeń wraz z usługą szkolenia, serwisowania   
i monitorowania dla 720 osobomiesięcy wynosi ………………………………………………………………………..…  
(słownie: ………………………………………………………………………………………………………………………………… złotych)

**1.2** Przeliczenie ceny (średniej) 1-go zestawu urządzeń wraz z usługą szkolenia, serwisowania   
i monitorowania – 1 osoba w skali miesiąca:

**Cena dostawy brutto 1 usługa/zestaw :** …………………….. PLN (słownie: ……………………………….. złotych).

**Rozliczanie za usługę nastąpi na podstawie faktycznego wykorzystania urządzeń, mierzonego   
w osobomiesiącach, jednakże nie więcej niż łącznie 720 osobomiesięcy.**

**Potwierdzam, że:**

- Warunki i okres gwarancji zgodny z Zapytaniem ofertowym

- Warunku terminu realizacji zamówienia zgodne z Zapytaniem ofertowym.

**OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z przedmiotem Zapytania i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, iż **spełniam** określone w Zapytaniu ofertowym warunki udziału w postępowaniu.
3. Oświadczam, że posiadam / dysponuję osobami, które posiadają\* wiedzę/umiejętności niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia określonego w Zapytaniu ofertowym nr 1/2019/PJŻ/GG.
4. Oświadczam, że w cenie Oferty zostały uwzględnione **wszystkie koszty wykonania usługi**   
   w zakresie określonym w Zapytaniu ofertowym nr 1/2019/PJŻ/GG.

**5.** Oświadczam, iż znana jest mi treść Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.

**6.** Oświadczam, że akceptuję wszystkie zapisy Zapytania ofertowego nr 1/2019/PJŻ/GG, a w przypadku przyjęciu do realizacji mojej oferty deklaruję:

- należytą staranność i terminowość przy realizacji przedmiotu zamówienia;

- gotowość do zmiany terminów realizacji przedmiotu zamówienia w przypadku zaistnienia siły wyższej, bądź z przyczyn niezależnych od Fundacji Ekspert – Kujawy;

- gotowość do negocjacji warunków współpracy na każdym etapie postępowania;

- gwarancję ważności oferty przez 30 dni od daty jej złożenia;

- dyspozycyjność;

- spełnienie wszystkich wymogów wskazanych w ofercie, w tym dotyczących osób realizujących zadanie, co potwierdzam załączonymi dokumentami.

**7.** Oświadczam, że w przypadku przyjęcia do realizacji mojej Oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na określonych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego

**8.** Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Ofercie dla potrzeb postępowania dot. Zapytania ofertowego nr 1/2019/PJŻ/GG w projekcie „Pogodna Jesień Życia. Usługi opiekuńcze w powiecie gostyńskim i gnieźnieńskim”.

Imię i nazwisko/nazwa Oferenta:

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

Adres zamieszkania/siedziba Oferenta:

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

Numer telefonu Oferenta, adres email: ……………………………………………………………………………………………………

PESEL/NIP: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Numer REGON: ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Osoba do kontaktu: ………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Wraz z ofertą składam następujące załączniki zgodne z Zapytaniem ofertowym:**

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

……………………………………………………………

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

*Miejsce i data Pieczęć i podpis Wykonawcy / osoby upoważnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*