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

(miejscowość i data)

***Załącznik nr 1***

***do Materiałów Szczegółowych Konkursu Ofert***

**FORMULARZ OFERTOWY**

**składa się ze wzoru oferty i załączników**

**OFERTA**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie całodobowego analizowania i opisywania badań KTG wykonanych w warunkach domowych przy użyciu przenośnych aparatów KTG oraz najem przenośnych aparatów do badań KTG w warunkach domowych dla Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. w ramach realizacji projektu „Rejestracja, obserwacja, opieka – transgraniczna współpraca regionalnych szpitali w Siedlcach i Mińsku na rzecz zdrowia matki i dziecka” - „Recourd Use Observation Keeping - trans-border cooperation of regional hospitals in Siedlce and Minsk for mother and child health” współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Współpracy Terytorialnej Polska-Białoruś-Ukraina 2014-2020” oraz ze środków budżetu województwa mazowieckiego.

1. DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA:

NAZWA PODMIOTU LECZNICZEGO................................................................................

ADRES.....................................................................................................................................

TEL................................................................. FAX..................................................................

NR WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ

LECZNICZĄ, ORGAN REJESTROWY…..............................................................................

NR KRS/WPIS DO CEIDG.....................................................................................................

NIP.............................................

REGON.....................................

NR KONTA BANKOWEGO……………………………………..

UPOWAŻNIONYM DO WYSTĘPOWANIA W IMIENIU PODMIOTU LECZNICZEGO

JEST:…………………………………………………………………………………………

(osoba wymieniona we właściwym rejestrze lub pełnomocnik dysponujący pełnomocnictwem notarialnym)

**II.** Odpowiadając na zaproszenie do złożenia oferty zawarte w ogłoszeniu o konkursie, niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w całodobowego analizowania i opisywania badań KTG wykonanych w warunkach domowych przy użyciu przenośnych aparatów KTG oraz najem przenośnych aparatów do badań KTG w warunkach domowych dla Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.

**III.** OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i materiałami szczegółowymi do konkursu ofert,
2. Akceptuję załączone wzory umów i zobowiązuje się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umów na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,
3. Znajduje się w sytuacji ekonomiczno-finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
4. Przedstawi aktualne zaświadczenie z ZUS i Urzędu Skarbowego o nie zaleganiu w opłacaniu opłat, składek i podatków,
5. Posiada uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym w przedmiocie konkursu. potwierdzone dokumentami stanowiącymi **załącznik nr 1,** do formularza ofertowego,
6. Posiada polisę OC na kwotę gwarantowaną w wysokości nie niższej niż wynikająca   
   z Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, lub w przypadku braku takiego ubezpieczania złoży oświadczenie, że będzie posiadał taką polisę w dniu zawarcia umowy (**załącznik nr 2 do** **formularza ofertowo-cenowego)**
7. Posiada sprzęt i urządzenia, przeznaczone do wykonywania świadczeń objętych zamówieniem, odpowiadający ustalonym standardom, posiadający wymagane certyfikaty lub inne dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania, które gotowy jest okazać na żądanie udzielającego zamówienia, wskazany i opisany   
   w **załączniku nr 5 i 6** do oferty,
8. Spełniam/y wszystkie wymagania określone w Materiałach Szczegółowych Konkursu Ofert.
9. Wszystkie dokumenty załączone do formularza ofertowego, jako załączniki stanowią integralna jej część i są zgodne z wymaganiami określonymi w Materiałach Szczegółowych Konkursu Ofert.
10. Zobowiązuje się do rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia – w pełnym zakresie **z dniem 3 września 2021 r.,**
11. Zobowiązuje się wykonywać świadczenia objęte niniejszym zamówieniem 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu,
12. Nie jestem/ nie jesteśmy powiązany/ni osobowo lub kapitałowo z Udzielającym zamówienia. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Udzielającym zamówienia lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Udzielającego zamówienia lub osobami wykonującymi w imieniu Udzielającego zamówienia czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Przyjmującego zamówienia a Przyjmującym, polegające

w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;

b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

1. Nie był skazany prawomocnym wyrokiem za przestępstwo popełnione w związku   
   z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego – dotyczy urzędujących członków władz, tj. osoby fizycznej prowadzącej utworzony w ramach działalności gospodarczej podmiot leczniczy, prowadzący przedsiębiorstwo wspólnicy spółki cywilnej lub osobowej spółki prawa handlowego, członkowie zarządu prowadzącej przedsiębiorstwo spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej.
2. Dysponuje następującymi środkami łączności:

telefon numer..............., fax......,

e-mail............  
inne..............................................................................................................................

Oferent zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego zamówienia, o których dowiedział się w związku z przystąpieniem do niniejszego konkursu.

**IV. OFERTA CENY**

1. Cena za usługę\*: analizowanie i przesłanie opisu zapisów badań KTG – 14 dni ( cykl przypadający na jedną pacjentkę) – cena jednostkowa za cykl 14 dniowy w kwocie brutto …………………. złotych (słownie …………………………….złotych).

*\*Usługa obejmuje konsultację położniczą.*

Szacowana liczba pacjentek w okresie obowiązywania umowy – 320 pacjentek

Wartość oferty za analizowanie i przesłanie opisu KTG (szacowana liczba pacjentek 320 x cena jednostkowa za cykl w kwocie brutto - ……………………………………………………..( słownie: …………………………………złotych).

2. Cena brutto najmu za wszystkie zestawy KTG (urządzenia) wraz z wyposażeniem, oprogramowaniem i serwisem przez okres obowiązywania umowy (7,5 miesięcy) brutto …………………. złotych (słownie …………………………….złotych),

miesięcznie: brutto …………………. złotych (słownie ……………………………………………...złotych).

Cena zawiera całkowity koszt najmu wraz z kosztami dostawy, przeszkolenia personelu , serwisu oraz odbioru po zakończeniu realizacji umowy.

**ŁĄCZNA WARTOŚĆ OFERTY (poz.1 plus poz.2) w kwocie brutto**

…………………………złotych (słownie…………………………………………..złotych).

3. Załączniki do formularza ofertowego:

1). Wypis z rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą - poświadczona kopia (aktualność 3 miesiące) – **( załącznik nr 1 do formularza ofertowego)**,

2).Polisa OC na kwotę gwarantowaną w wysokości nie niższej niż wynikająca   
z Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, lub w przypadku braku takiego ubezpieczania złoży oświadczenie, że będzie posiadał taką polisę w dniu zawarcia umowy (**załącznik nr 2 do formularza ofertowego),**

3). Wypis pełny z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej   
– poświadczona kopia (aktualność 3 miesiące) – (**załącznik nr 3 do formularza ofertowego),**

4). Wykaz personelu zawierający dane: imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, PESEL, analizującego i opisującego badania KTG wraz z kserokopią dokumentów potwierdzających uprawnienia do udzielania świadczeń, objętych zamówieniem– **( załącznik nr 4 do formularza ofertowego)**

5). Informacja o sprzęcie i aparaturze medycznej przeznaczonej do wykonania badań   
objętych przedmiotem zamówienia – **(załącznik nr 5 do formularza ofertowego)**

**INFORMACJA O ZESTAWIE NAJMOWANEGO URZĄDZENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **RODZAJ SPRZĘTU/**  **OPROGRAMOWANIA** | **ROK PRODUKCJI** | **TYP/MODEL** | **PRODUCENT** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |

6).Wymagania techniczno-użytkowe dla usługi telemedycznego KTG **– (załącznik nr 6 do formularza ofertowego).**

Załącznik nr 6 do formularza ofertowego

**Wymagania techniczno-użytkowe dla usługi telemedycznego KTG**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczno-użytkowe** | | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** | |
| I. | **Wymagania ogólne** |  | | | |
| 1 | Użyczenie mobilnych urządzeń KTG w liczbie 20 sztuk | | TAK |  | |
| 2 | Szkolenie personelu Zamawiającego w zakresie obsługi urządzeń oraz serwisu internetowego | | TAK |  | |
| 3 | Analiza i archiwizacja wykonanych badań kardiotokograficznych na dedykowanym serwerze | | TAK |  | |
| 4 | Analiza w oparciu o moduł analizy systemu nadzoru okołoporodowego Monako (system jest na wyposażeniu szpitala) lub o moduł własny | | TAK, podać |  | |
| 5 | Całodobowy dostęp do wyników wykonanych badań poprzez aplikacje webową | | TAK |  | |
| 6 | Utrzymanie systemu przez okres umowy bez ponoszenia przez zamawiającego dodatkowych kosztów | | TAK |  | |
| 7 | Przekazanie po okresie wynajmu telemedycznego KTG, bazy danych zawierającej dane badanych pacjentek, pliki źródłowe z zapisami KTG, pliki z raportami z badań. Zastosowany format bazy danych pacjentek i format plików źródłowych ma zapewnić po przekonwertowaniu wprowadzenie ich do Systemu Monako w celu umożliwienia dostępu do nich w trybie Archiwum lub integrację bazy danych z systemem HIS Zamawiającego oraz zapewnienie przeglądania danych archiwalnych. | | TAK |  | |
| II. | **Wymagania szczegółowe dla aparatów KTG** | | |  |  |
| 1 | Urządzenie jest wyrobem medycznym klasy IIa posiadającym znak CE | | **TAK, załączyć potwierdzenie do oferty** |  | |
| 2 | Masa urządzenia ≤ 750g | | TAK, PODAĆ |  | |
| 3 | Oprogramowanie w języku polskim | | TAK |  | |
| 4 | Nieinwazyjne monitorowanie i rejestracja czynności serca płodu | | TAK |  | |
| 5 | Metoda pomiarowa częstości akcji serca płodu (FHR): Ultradźwiękowy Doppler pulsacyjny - sonda FHR 1 szt. | | TAK |  | |
| 6 | Zakres pomiarowy sondy ultradźwiękowej 50 ÷240 bpm | | TAK, PODAĆ |  | |
| 7 | Nieinwazyjne monitorowanie i rejestracja czynności skurczowej macicy | | TAK |  | |
| 8 | Przetwornik TOCO - 1 szt. | | TAK |  | |
| 9 | Zakres sygnału TOCO min. 0÷100 | | TAK |  | |
| 10 | Bezprzewodowe przesyłanie danych do serwisu internetowego za pomocą dołączonego do każdego aparatu KTG smarfona lub tabletu | | TAK |  | |
| 11 | Przyjazny, intuicyjny interfejs aplikacji KTG na smartfonie w języku polskim | | TAK |  | |
| 12 | Instrukcja obsługi obrazkowa oraz książkowa (pełna) w języku polskim | | TAK |  | |
| **III.** | **Warunki serwisu urządzeń KTG** |  | | | |
| 1 | Zapewnienie czasu naprawy do 5 dni roboczych od daty zgłoszenia awarii | | TAK |  | |
| 2 | Zapewnienie aparatu zastępczego w przypadku naprawy niemożliwej do wykonania w ciągu 5 dni roboczych | | TAK |  | |
| 3 | Przegląd serwisowy urządzeń min. raz w roku po stronie usługodawcy | | TAK |  | |
| **IV.** | **Wymagania szczegółowe dla serwisu internetowego** |  | | | |
| 1 | Przesyłanie danych i dostęp do danych zabezpieczony szyfrowanym protokołem komunikacyjnym | | TAK |  | |
| 2 | Dostęp do danych wyłącznie dla upoważnionych użytkowników za pośrednictwem indywidualnych danych uwierzytelniających | | TAK |  | |
| 3 | Zarządzanie i utrzymanie serwisu internetowego po stronie wykonawcy | | TAK |  | |
| 4 | Koszt utrzymania łączności GSM po stronie wykonawcy | | TAK |  | |
| **IVa.** | **Administracja systemu** |  | | | |
| 1 | Możliwość zakładania kont dla różnych typów użytkowników: lekarz/położna; pacjentka; centrum telemedyczne (zespół oceniający zapisy) | | TAK |  | |
| 2 | Rejestracja w systemie wszystkich działań wykonanych przez użytkowników (audit trail) | | TAK |  | |
| 3 | Możliwość zdalnego zgłaszania błędów działania urządzenia | | TAK |  | |
| 4 | Możliwość zdalnego zgłaszania błędów działania serwisu internetowego | | TAK |  | |
| 5 | Możliwość monitorowania poprawności działania urządzeń | | TAK |  | |
| **IVd.** | **Funkcje dostępne dla lekarza/położnej** |  | | | |
| 1 | Możliwość przeglądania zapisów badań KTG, zarówno przed jak i po dokonaniu oceny w centrum telemonitoringu | | TAK |  | |
| 2 | Możliwość przypisywania urządzeń do pacjentek | | TAK |  | |
| 3 | Możliwość wyłączenia/włączenia dostępu pacjentek do błędnych zapisów | | TAK |  | |
| 4 | Możliwość przesyłania wiadomości do pacjentki i odczytywania wiadomości od niej za pośrednictwem serwisu internetowego | | TAK |  | |

7) Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne (aktualność 3 miesiące) **(załącznik nr 7 do formularza ofertowego**)

8) Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu w opłacaniu podatków i opłat (aktualność 3 miesiące. **(załącznik nr 8 do formularza ofertowego**)

9) Zaświadczenie z właściwych rejestrów potwierdzające, że urzędujący członkowie władz, tj. osoby fizycznej prowadzącej utworzony w ramach działalności gospodarczej podmiot leczniczy, prowadzący przedsiębiorstwo wspólnicy spółki cywilnej lub osobowej spółki prawa handlowego, członkowie zarządu prowadzącej przedsiębiorstwo spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej nie byli skazani prawomocnym wyrokiem za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego (**załącznik nr 9 do formularza ofertowego**).

/ data, pieczątka i podpis Oferenta- osoby upoważnionej do składania oferty/