Załącznik Nr 1 do SIWZ

#### ........................................

miejscowość i data

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

Wykonawca

***OFERTA dla Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu,***

***ul. Królewiecka 146***

1. Dane Wykonawcy :
2. Pełna nazwa :

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

2. Osoba upoważniona do kontaktów : ……………………………………..

3.Adres, województwo :

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

4.Telefon/ faks

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

5. **adres e-mail do kontaktu**………………………………………………...

6.Nazwa banku i nr konta bankowego

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

7. REGON .................................... NIP ........................................

8. KRS (jeżeli dotyczy) : …………………………

9. Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem

*(skreślić niepotrzebne\*)*

**TAK \* NIE\***

1. Przedmiot oferty:

oferta dotyczy przetargu nieograniczonego zamieszczonego w dniu 30.05.2019 r. w BZP przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu na dostawę oprogramowania oraz sprzętu komputerowego wspierającego produkcję leków w Pracowni Cytostatyków dla potrzeb Apteki Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu za cenę (według załącznika Nr 2 do SIWZ) :

a) netto ..........................................zł

słownie : ...........................................................................................................................

* stawka podatku VAT: ....................%
* kwota podatku VAT : ..............................zł

b) brutto ................................................zł

słownie .............................................................................................................................

2.Warunki płatności / przelew/ :

a) wysokość odsetek za ewentualne nieterminowe płatności - nie wyższe niż ustawowe w

skali roku

b) zapłata za dostarczony przedmiot zamówienia nastąpi przelewem na konto Wykonawcy w terminie (co najmniej 30 dni ) **........dni** kalendarzowych licząc od daty dostarczenia przedmiotu umowy do Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami przetargu zawartymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, w tym z kryteriami oceny ofert oraz załącznikami do SIWZ oraz że przyjmujemy je bez zastrzeżeń.

4. Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania

umowy sprzedaży, której wzór stanowi Załącznik Nr 6 do SIWZ.

5. Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania

umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, której wzór stanowi Załącznik Nr 7 do SIWZ.

6. Termin gwarancji

**- dla oprogramowania** z poz. 1 zał. Nr 2 do SIWZ gwarancja serwisowa wynosi **…… miesięcy (nie mniej niż 36 m-cy)**, od daty należytego wykonania umowy.

**- dla sprzętu komputerowego** z poz. 2 zał. Nr 2 do SIWZ wynosi **…… miesięcy (nie mniej niż 36 m-cy),** zpoz. 3 zał. Nr 2 do SIWZ wynosi **…… miesięcy (nie mniej niż 36 m-cy),** z poz. 4 zał. Nr 2 do SIWZ wynosi **…… miesięcy (nie mniej niż 36 m-cy),** z poz. 5 zał. Nr 2 do SIWZ wynosi **…… miesięcy (nie mniej niż 36 m-cy)**

od daty dostawy na wszystkie urządzenia wchodzące w skład zestawu.

**7. Oferujemy termin usunięcia awarii sprzętu komputerowego ( kryterium oceny wg. pkt. 14 ppkt. 1.2 SIWZ)**  nie dłuższy niż ………….. dni robocze ***(opcjonalnie 1-2 dni robocze/ 3-4 dni robocze / 5 dni roboczych)* od momentu otrzymania zgłoszenia, telefonicznie, emailem lub zamieszczenia zgłoszenia w serwisie zgłoszeń online Wykonawcy.**

**8. Oferujemy termin usunięcia awarii oprogramowania ( kryterium oceny wg. pkt. 14 ppkt. 1.3 SIWZ)**  nie dłuższy niż ………….. dni robocze ***(opcjonalnie 1 dzień roboczy/ 2 dni robocze / 3-5 dni roboczych)* od momentu otrzymania zgłoszenia, telefonicznie, emailem lub zamieszczenia zgłoszenia w serwisie zgłoszeń online Wykonawcy.**

**8a. Kryterium Jakość ( kryterium oceny wg. pkt. 14 ppkt. 1.4 SIWZ)*. Wykonawca wypełnia poniższą tabelę poprzez potwierdzenie „Tak” lub zaprzeczenie „Nie” posiadania danej funkcjonalności.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jakość | **Funkcjonalności, które będą oceniane przez Zamawiającego dla oprogramowania wspierającego produkcję leków w pracowni cytostatyków:** | **Należy potwierdzić**  **Tak/ Nie** | **Wymagany dokument na potwierdzenie spełnienia funkcjonalności** |
| a) posiada certyfikat zgodności z GMP |  | Wykonawca załączy do oferty Certyfikat zgodności z GMP dla oferowanego oprogramowania wspierającego produkcję leków cytostatycznych |
| b) wspiera I klasę medyczną dotyczącą licencji lekarskiej – zleceniowej służącej do planowania terapii pacjenta i zlecenia terapii |  | Wykonawca załączy do oferty dokument potwierdzający, że oferowane oprogramowanie wspierające produkcję leków cytostatycznych jest zgodne z zasadniczymi wymaganiami dla wyrobu medycznego klasy I, wydany przez jednostkę notyfikowaną |
| c) wykonane jest zgodnie z normami Systemu Zarządzania Jakością ISO 13485 dotyczącej wyrobów medycznych |  | Wykonawca załączy do oferty Certyfkat Systemu Zarządzania Jakością ISO 13485 dla oferowanego oprogramowania wspierającego produkcję leków cytostatycznych |
| d) wykonane jest zgodnie z normami Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 dotyczącej wyrobów medycznych |  | Wykonawca załączy do oferty Certyfkat Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 dla oferowanego oprogramowania wspierającego produkcję leków cytostatycznych |
| e) posiada oznaczenie CE |  | Wykonawca załączy do oferty Deklarację zgodności CE dla oferowanego oprogramowania wspierającego produkcję leków cytostatycznych |
| f) potwierdza spełnienie Dyrektywy medycznej 93/42 |  | Wykonawca załączy do oferty dokument potwierdzający, że oferowane oprogramowanie wspierające produkcję leków cytostatycznych jest zgodne z zasadniczymi wymaganiami zawartymi w dyrektywach dotyczących oznaczenia CE dla wyrobu medycznego, wydany przez jednostkę notyfikowaną |

Uwaga!!!! W związku, iż dokumenty na potwierdzenie spełnienia funkcjonalności są niezbędne do oceny ofert dla kryterium „Jakość”, wymagane jest ich załączenie na etapie składania ofert. Dokumenty te nie podlegają uzupełnieniu. W przypadku, gdy Wykonawca w tabeli powyżej dla danej funkcjonalności potwierdzi, że posiada daną funkcjonalność, ale nie załączy wymaganego dokumentu potwierdzającego, Zamawiający nie przyzna punktów dla tej funkcjonalności.

9. Oferujemy termin wykonania zamówienia – ………..miesięcy (max. 4 miesiące) licząc od dnia podpisania umowy.

10. Informujemy zgodnie z art. 91ust.3a uPzp, że wybór naszej oferty będzie\* / nie będzie\*

prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego od towarów i usług,

który miałby obowiązek rozliczyć zgodnie z tymi przepisami.

***Uwaga!!! w przypadku, gdy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego od towarów i usług Wykonawca powyżej w formularzu ofertowym wpisuje tylko wartość netto bez kwoty podatku VAT.***

11. Wadium w wysokości .............................zł zostało wniesione w formie

…………………………………………………………………………..

12. Część zamówienia............................................................................................. której

wykonanie powierzymy / nie powierzymy podwykonawcom\*

*(Wykonawca, który powierzy część zamówienia podwykonawcom wymienia poniżej firmy podwykonawców)\**

- ……………………………………

-…………………………………….

13. Oferta została złożona łącznie na kolejnych ................... stronach

( uwaga w numeracji proszę uwzględnić wszystkie załączone dokumenty )

**UWAGA!**

**\* - niepotrzebne skreślić**

**- niewpisanie terminu usunięcia awarii lub wpisanie innego niż był dozwolony**

**(patrz tabela w pkt. 14 ppkt. 1.2 i 1.3 SIWZ) spowoduje odrzucenie oferty.**

**- niewypełnienie tabeli kryterium jakość spowoduje nieprzyznanie punktów w tym**

**kryterium.**

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

data i podpis upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy