**Załącznik nr 1**

Pieczęć Wykonawcy

pieczęć Wykonawcy

**do SIWZ**

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

(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania firmy)

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

(telefon/ fax wykonawcy/ e-mail)

NIP......................................................, REGON................................

**FORMULARZ OFERTOWY**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego **na „Świadczenie usługi nadzoru autorskiego oraz opieki serwisowej zintegrowanych modułów systemu informatycznego InfoMedica\AMMS oraz zakup licencji na moduły Blok Operacyjny AMMS oraz Blok Operacyjny AMMS Kalkulacja Kosztów Operacji” - nr sprawy: 21/ZP/20**

Ja (imię i nazwisko) ............................................................................................................... reprezentując

Wykonawcę (nazwa i adres) .........................................................................................................................

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

w imieniu reprezentowanego przeze mnie Wykonawcy oświadczam, że Wykonawca:

1. Oferuje wykonanie przedmiotu zamówienia określonego w SIWZ za cenę **\*(**niepotrzebne pozycje skreślić):

**Część nr 1 -** świadczenie usługi nadzoru autorskiego zintegrowanych modułów systemu informatycznego InfoMedica\AMMS oraz zakup licencji na moduły Blok Operacyjny AMMS oraz Blok Operacyjny AMMS Kalkulacja Kosztów Operacji

Wartość netto: ...............................................................................................................................................

(słownie: ......................................................................................................................................................)

Stawka podatku VAT %: …………… %

Wartość brutto: ..............................................................................................................................................

(słownie: ......................................................................................................................................................)

Deklaruje **czas reakcji na zgłoszenie błędu krytycznego ……. godz. roboczych** (przy czym czas ten nie może być dłuższy niż 24 godz. robocze od momentu zgłoszeniai nie może być krótszy niż 1 godz. robocza).

Deklaruje **czas realizacji (naprawy) błędu krytycznego ……. godz. roboczych** (przy czym czas ten nie może być dłuższy niż 36 godz. roboczych od momentu zgłoszenia i nie może być krótszy niż 1 godz. robocza).

**Część nr 2 –** świadczenie usługi opieki serwisowej zintegrowanych modułów systemu informatycznego InfoMedica\AMMS.

Wartość netto: ...............................................................................................................................................

(słownie: ......................................................................................................................................................)

Stawka podatku VAT %: …………… %

Wartość brutto: ..............................................................................................................................................

(słownie: ......................................................................................................................................................)

Deklaruje **czas realizacji zgłoszenia serwisowego** **……. godz. roboczych** (przy czym czas ten nie może być dłuższy niż 40 godz. roboczych od momentu zgłoszenia i nie może być krótszy niż 1 godz. robocza).

1. Oświadcza, że jest autorem lub jego Autoryzowanym Przedstawicielem Serwisowym (aktualna lista Autoryzowanych Przedstawicieli Serwisowych Asseco Poland S.A. zamieszczona jest na witrynie internetowej <https://pl.asseco.com/partnerzy-w-zdrowiu/> *- dot. części nr 2.*
2. Zobowiązuje się do sukcesywnej realizacji przedmiotu zamówienia w okresie **24 miesięcy od dnia 01.01.2021r. do dnia 31.12.2022r.**
3. Oferuje przedmiot zamówienia spełniający wszystkie wymogi opisane przez Zamawiającego w SIWZ.
4. Uważa się za związanego niniejszą ofertą na czas wskazany w SIWZ.

Zapoznał się z warunkami postępowania oraz wzorem umowy i akceptuje warunki postępowania oraz warunki opisane we wzorze umowy.

1. Oświadcza, że w przypadku wyboru oferty zobowiązuje się do podpisania umowy bez wnoszenia zastrzeżeń, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
2. **Oświadcza, że zamówienie wykona w całości samodzielnie/ następujące części zamówienia powierzy podwykonawcom** \*(niepotrzebne skreślić, a wymagane pola uzupełnić jeśli dotyczy):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Część przedmiotu zamówienia powierzana do wykonania podwykonawcy | Nazwa podwykonawcy | Określenie części zamówienia  powierzanej do wykonania podwykonawcom (% lub w zł) |
|  |  |  |

1. Zgodnie z Rozdz. IX ust. 9 SIWZ wskazuje dostępność poniżej wskazanych oświadczeń lub dokumentów w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych   
   i bezpłatnych baz danych:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa oświadczenia lub dokumentu  (lub odpowiednie odesłanie do dokumentu wymaganego w SIWZ np. Rozdz. IX ust. 7 SIWZ): | Adres strony internetowej ogólnodostępnej  i bezpłatnej bazy danych |
|  |  |

1. Informacje dotyczące Wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje ogólne[[1]](#footnote-1):** | **Odpowiedź[[2]](#footnote-2):** |
| Czy Wykonawca jest małym przedsiębiorstwem? | [] Tak [] Nie |
| Czy Wykonawca jest średnim przedsiębiorstwem ? | [] Tak [] Nie |

1. Oświadcza, że wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub 14 RODO [[3]](#footnote-3) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. [[4]](#footnote-4)
2. Ofertę niniejszą składa na ………. kolejno ponumerowanych stronach.
3. W przypadku wyboru naszej oferty, osobami uprawnionymi do reprezentowania Wykonawcy przy podpisaniu umowy będą:
   1. (imię i nazwisko) ......................................................... (zajmowane stanowisko)...........................
   2. (imię i nazwisko)........................................................... (zajmowane stanowisko)...........................
4. Oświadcza, że informacje i dokumenty wymienione w ……………………………….………, zawarte na stronach od …… do …… stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ustawy z dnia 16 kwietnia 2003r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzega, że nie mogą być udostępnione.\*\*

*\*\* Jeżeli Wykonawca zastrzeże informacje w Ofercie jako tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy   
o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji musi wykazać, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.*

Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:



(…)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpisy osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy

**załącznik nr 2**

**do SIWZ**

**Formularz cenowy**

**Część nr 1 -** świadczenie usługi nadzoru autorskiego zintegrowanych modułów systemu informatycznego InfoMedica\AMMS oraz zakup licencji na moduły Blok Operacyjny AMMS oraz Blok Operacyjny AMMS Kalkulacja Kosztów Operacji

**I. Dostawa licencji**

| **Lp.** | **Nazwa modułu** | **Typ licencji** | **Ilość licencji** | **Cena jednostkowa NETTO** | **Wartość NETTO** | **VAT %** | **Wartość BRUTTO** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Blok Operacyjny AMMS | OPEN | 1 |  |  |  |  |
| 2 | Blok Operacyjny AMMS Kalkulacja Kosztów Operacji | OPEN | 1 |  |  |  |  |
| **Razem pozycje (1-2)** | | | | |  |  |  |

**II. Usługa nadzoru autorskiego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa modułu** | **Typ licencji** | **Ilość licencji** | **Nadzór autorski - cena jednostkowa roczna NETTO** | **Okres objęcia nadzorem (w latach)** | **Wartość NETTO** | **VAT %** | **Wartość BRUTTO** |
| **1** | Laboratorium | USER | 6 |  |  |  |  |  |
| **2** | AMMS - Punkt Pobrań | USER | 6 |  |  |  |  |  |
| **3** | AMMS Ruch Chorych (Izba Przyjęć, Oddziały, Statystyka Medyczna, Zlecenia) | OPEN | 1 |  |  |  |  |  |
| **4** | AMMS - Apteka | USER | 2 |  |  |  |  |  |
| **5** | AMMS - Apteczka Oddziałowa | OPEN | 1 |  |  |  |  |  |
| **6** | AMMS - Rejestracja, Gabinety, Statystyka Medyczna, Zlecenia | USER | 1 |  |  |  |  |  |
| **7** | AMMS - Pracownia | USER | 1 |  |  |  |  |  |
| **8** | repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej | OPEN | 1 |  |  |  |  |  |
| 9 | WDSZ - PACS | EVENT | 1 |  |  |  |  |  |
| 10 | WDSZ - Integracja z KTG | EVENT | 1 |  |  |  |  |  |
| 11 | WDSZ - Integracja z SIO | EVENT | 1 |  |  |  |  |  |
| 12 | WDSZ - HL7 aparat | EVENT | 1 |  |  |  |  |  |
| 13 | eZwolnienia - eZLA | OPEN | 1 |  |  |  |  |  |
| 14 | AMMS - Gabinet Medycyny Pracy | USER | 1 |  |  |  |  |  |
| 15 | Słownik BAZYL | EVENT | 1 |  |  |  |  |  |
| 16 | eSkierowanie - Obsługa e-skierowań, wystawianie i przyjęcie do realizacji | OPEN | 1 |  |  |  |  |  |
| 17 | e-Rejestracja e-Wiadomości e-Dokumentacja e-Wywiad e-Świadczenia | OPEN | 1 |  |  |  |  |  |
| 18 | e-Ankiety | OPEN | 1 |  |  |  |  |  |
| 19 | e-Zgody | OPEN | 1 |  |  |  |  |  |
| 20 | e-Deklaracje POZ | OPEN | 1 |  |  |  |  |  |
| 21 | e-Załączniki | OPEN | 1 |  |  |  |  |  |
| 22 | Formularzowa Dokumentacja Medyczna - Edytor Formularzy | OPEN | 1 |  |  |  |  |  |
| 23 | Gospodarka Magazynowo-Materiałowa | USER | 7 |  |  |  |  |  |
| 24 | Środki Trwałe | USER | 2 |  |  |  |  |  |
| 25 | Wyposażenie | USER | 2 |  |  |  |  |  |
| 26 | AMMS - Komercja | OPEN | 1 |  |  |  |  |  |
| 27 | Rejestr Sprzedaży | USER | 8 |  |  |  |  |  |
| 28 | Wycena Kosztów Normatywnych Świadczeń | USER | 1 |  |  |  |  |  |
| 29 | Koszty | USER | 2 |  |  |  |  |  |
| 30 | Finanse-Księgowość | USER | 6 |  |  |  |  |  |
| 31 | Kasa | USER | 3 |  |  |  |  |  |
| 32 | Biała Lista Podatników | OPEN | 1 |  |  |  |  |  |
| 33 | Ewidencja Czasu Pracy (Grafik) | OPEN | 1 |  |  |  |  |  |
| 34 | Kadry | USER | 6 |  |  |  |  |  |
| 35 | Płace | USER | 6 |  |  |  |  |  |
| 36 | BHP / Ochrona Radiologiczna | USER | 1 |  |  |  |  |  |
| 37 | ePowiadomienia (połączyć z e-Potwierdzeniami) | OPEN | 1 |  |  |  |  |  |
| 38 | Blok Operacyjny AMMS | OPEN | 1 |  |  |  |  |  |
| 39 | Blok Operacyjny AMMS Kalkulacja Kosztów Operacji | OPEN | 1 |  |  |  |  |  |
| **Razem pozycje (1-39)** | | | | | |  |  |  |

**RAZEM dostawa licencji + usługa nadzoru autorskiego (I + II):**

**Wartość netto:**……………………………**zł**

**Wartość brutto:**…………………………**zł**

**Część nr 2 –** świadczenie usługi opieki serwisowej zintegrowanych modułów systemu informatycznego InfoMedica\AMMS

| **Lp.** | **Nazwa** | **Ilość** | **Cena jednostkowa za osobodzień NETTO** | **Wartość NETTO** | **VAT %** | **Wartość BRUTTO** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Usługa serwisowa - osobodzień (6 godzin roboczych jednego serwisanta) | 100 |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

miejscowość

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpisy osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 3  
do SIWZ**

Wykonawca:

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

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………….…………………………

………………………………………………..…..…

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **na „Świadczenie usługi nadzoru autorskiego oraz opieki serwisowej zintegrowanych modułów systemu informatycznego InfoMedica\AMMS oraz zakup licencji na moduły Blok Operacyjny AMMS oraz Blok Operacyjny AMMS Kalkulacja Kosztów Operacji” - nr sprawy: 21/ZP/20,** prowadzonego przez Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej, ul. Krasińskiego 54/56, 01-755 Warszawaoświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 24 ust 1 pkt 12-22 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 24 ust. 5 ust. 1 ustawy Pzp.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: …………………………………………..

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**Załącznik nr 4   
do SIWZ**

**Wykonawca:**

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

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………….……………………………

………………………………………………..……...…

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (dalej uPzp)

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Uczestnicząc w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na **„Świadczenie usługi nadzoru autorskiego oraz opieki serwisowej zintegrowanych modułów systemu informatycznego InfoMedica\AMMS oraz zakup licencji na moduły Blok Operacyjny AMMS oraz Blok Operacyjny AMMS Kalkulacja Kosztów Operacji” nr sprawy: 21/ZP/20,** oświadczam, że:

* + - 1. **nie należę \*)** do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 uPzp wraz z innymi uczestnikami postępowania
      2. **należę\*)** do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 uPzp wraz z następującymi uczestnikami postępowania: ………………………………………..……………………………

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

Niniejsze oświadczenie składam, pod rygorem wykluczenia z postępowania w przypadku złożenia odrębnych ofert w tym postępowaniu przez Wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej,   
w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t. j Dz. U. z 2020r., poz. 1076, z późn. zm.), chyba że zostanie wykazane, że istniejące między podmiotami powiązania w ramach grupy kapitałowej nie prowadzą do zachwiania uczciwej konkurencji pomiędzy Wykonawcami.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpisy osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy

***\*)*** *niepotrzebne skreślić*

1. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

   Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

   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-1)
2. Zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-2)
3. 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-3)
4. 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-4)