Załącznik nr 2. Wzór oferty

**FORMULARZ OFERTY**

W odpowiedzi na Zapytanie Ofertowe nr 2/2017\_TELEMEDYCYNA z dnia 28.02.2017 r. dotyczące dostawy oprogramowania – platformy telemedycznej, składamy poniższą ofertę:

|  |
| --- |
| **Dane Oferenta** |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| NIP / REGON |  |
| nr KRS (jeśli dotyczy) |  |
| **Dane osoby kontaktowej** |
| Imię i Nazwisko |  |
| Adres e-mail |  |
| Telefon |  |
| **Parametry oferty** |
| Data przygotowania oferty |  |
| Data ważności oferty |  |
| **Informacje dodatkowe** |
|  |
| **Odniesienie do kryteriów wyboru oferty** |
| Cena netto (PLN) |  |
| Cena brutto (PLN) |  |
| Czas reakcji na zgłoszenie serwisowe (w godzinach) |  |
| **Warunki realizacji i termin płatności** |
| Terminy realizacji |  |
| Terminy i forma płatności |  |
| **Nazwa oferowanej Platformy (model, producent):** |
|  |

Odniesienie do parametrów z załącznika nr 1 w zapytaniu ofertowym:

|  |  |
| --- | --- |
| **FUNKCJONALNOŚĆ** | CZY OFEROWANA PLATFORMA JEST ZGODNA? (WPISAĆ „TAK” LUB „NIE”) |
| * Zarządzanie użytkownikami platformy i ich uprawnieniami (lekarze, pielęgniarki, pacjenci lub ich rodziny, Centrum Opisowe, itp.)
 |  |
| * Tworzenie ośrodków zdrowia i zarządzanie rolami i uprawnieniami w tych ośrodkach,
 |  |
|
| * Gromadzenie i podgląd danych medycznych
 |  |
| * Przeglądarka EKG umożliwiająca prezentacje zapisu EKG, wymiarowanie zapisu, porównanie wybranych badań
 |  |
| * Automatyczne algorytmy zapisów EKG wspomagające lekarza
 |  |
| * Analiza wyników zapisu EKG - przegląd w formie graficznej (wykresy, histogramy) i tabelarycznej wyników danego pacjenta w zadanym przedziale czasu
 |  |
| * Usługa opisu kardiologicznego dla podmiotów nie posiadających kardiologa. Usługa realizowana na podstawie badań wysłanych z urządzeń na Platformę
 |  |
| * Konsultację wyników badań z innym lekarzem
 |  |
| * Możliwość ręcznego wpisywania danych medycznych (pomiarów z urządzeń niezintegrowanych z Platformą)
 |  |
| * Zdalne prowadzenie i opieka nad pacjentem
 |  |
| * Podgląd listy zadań dla każdego użytkownika Platformy
 |  |
| * Administrowanie urządzeniami
 |  |
| * Geolokalizacja aparatów i geotagowanie badań
 |  |
| * Tworzenie epikryzy
 |  |
| * Zautomatyzowane algorytmy samouczące do zastosowania w ocenie badań i wychwytywaniu patologicznych zmian w sposób automatyczny
 |  |
| * Generowanie zdefiniowanych raportów
 |  |
| * Eksport pomiarów EKG zgodny ze standardem SCP
 |  |
| * Moduł SMS–powiadamianie o zdarzeniach
 |  |
| * Integracja z aparatami *EHO-MINI EVENT HOLTER*
 |  |
|

***Do oferty załączam:***

***1.………………..***

***2………………..***

***3…………………….***

***Oświadczenie Oferenta***

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Zapytaniem Ofertowym nr 2/2017\_TELEMEDYCYNA i nasza oferta zawiera wszystkie elementy określone w Zapytaniu.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko osoby upoważnionej do złożenia oferty |  |
| Stanowisko służbowe |  |
| Miejsce, data i podpis (podpisy) |  |

Załącznik nr 3. Oświadczenie o braku powiązań

dn. ............................

………………………………………

(Pieczęć Oferenta)

**Oświadczenie o braku powiązań osobowych i kapitałowych**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 2/2017\_TELEMEDYCYNA z dnia 28.02.2017, oświadczam(y), że nie jestem(eśmy) powiązani z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w mieniu zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu zamawiającego czynności związane
z przygotowaniem i przeprowadzaniem procedury wyboru dostawcy, a dostawcą, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce, jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko osoby upoważnionej do złożenia oferty |  |
| Stanowisko służbowe |  |
| Miejsce, data i podpis (podpisy) |  |

Załącznik nr 4. Oświadczenia Oferenta

dn. ............................

………………………………………

(Pieczęć Oferenta)

**Oświadczenie Oferenta**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 2/2017\_TELEMEDYCYNA z dnia 28.02.2017 oświadczam(y), że:

* Zapoznałem/Zapoznałam/Zapoznaliśmy się ze specyfikacją przedmiotu i warunków zamówienia, przedstawionymi w zapytaniu ofertowym i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy informacje niezbędne do przedłożenia oferty uwzględniającej właściwe wykonanie zamówienia;
* Jestem/Jesteśmy związani niniejszą ofertą do końca terminu jej ważności, określonego w ofercie, odpowiadającego warunkom Zamawiającego określonym w zapytaniu ofertowym;
* Zobowiązuję się/Zobowiązujemy się – w przypadku wybrania naszej oferty – do realizacji przedmiotu zamówienia w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
* Akceptuję/Akceptujemy bezwarunkowo termin i warunki realizacji zamówienia określone w punkcie IV zapytania ofertowego, do którego przedkładam/przedkładamy ofertę,

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko osoby upoważnionej do złożenia oferty |  |
| Stanowisko służbowe |  |
| Miejsce, data i podpis (podpisy) |  |