Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego

Numer postępowania: DAR 2216.21.2023

**FORMULARZ OFERTOWY**

na **„Zakup i dostawę opasek bezpieczeństwa wraz z usługą całodobowej opieki na odległość dla mieszkańców Miasta Raciborza powyżej 65 roku życia”**

1. **Zamawiający:**

Miasto Racibórz - Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Henryka Sienkiewicza 1,
47-400 Racibórz, NIP 639-16-96-887 REGON 003457272
Tel: 32/4152650 fax. 32/ 4190659
e-mail zamowienia@ops-raciborz.pl

adres strony internetowej na której będą dostępne wszelkie dokumenty związane
z zapytaniem:http://bip.ops-raciborz.pl/zamowienia-publiczne/ponizej-130000-zl.html

1. **Nazwa i Adres Wykonawcy**: ………………………………………………………………………………..

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

NIP:....................................................REGON: …………………............................................

Adres e-mail:…………………...………………………..tel.…………………………………………………………

1. **Osoba uprawniona ze strony Wykonawcy do kontaktu:**

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

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

1. **Nawiązując do zapytania ofertowego na usługę pn „Zakup i dostawa opasek bezpieczeństwa wraz z usługą całodobowej opieki na odległość dla mieszkańców Miasta Raciborza powyżej 65 roku życia” na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym oferujemy realizację zamówienia za cenę:**
2. **Cena jednej opaski bezpieczeństwa netto:** …………………………………………zł (bez podatku VAT), (słownie…………………złotych), stawka podatku VAT\* …………. wartość podatku VAT ……, **cena brutto:.....................** zł (z podatkiem VAT) (słownie ………………………………………………złotych)

 **Łączna cena za 100 (sto) opasek bezpieczeństwa wynosi ………………………………..zł (brutto) słownie:…………………………………………………………….(złotych).**

1. **Cena opłaty abonamentowej za usługę całodobowej opieki na odległość dla 1 użytkownika programu przez 1 miesiąc netto:** …………. zł (bez podatku VAT), (słownie……………………………złotych), stawka podatku VAT\* …………. wartość podatku VAT ……………………, **cena brutto:...………………………**zł (z podatkiem VAT)(słownie ………………………………………………………………………………………………..złotych).

**Łączna cena za opłatę abonamentową dla 100 (stu) użytkowników opasek bezpieczeństwa na okres 6 miesięcy wynosi ………………….zł (brutto) słownie:………………………………………(złotych).**

\* w przypadku zastosowania innej niż podstawowa stawka VAT( tj. 23%) i/lub zwolnienia, proszę wskazać podstawę zastosowania VAT i/lub zwolnienia

**Łączna wartość zamówienia brutto ( opaski bezpieczeństwa - 100 szt. i opłata abonamentowa – dla 100 użytkowników przez okres 6 miesięcy) wynosi ………………....zł ( słownie:…………………………………….)**

1. Oferujemy następującą opaskę (producent, model) ………………………………………….
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń.
3. Oświadczamy, że oferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.
4. Oświadczamy, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu w zakresie doświadczenia, potencjału technicznego oraz potencjału osobowego.
5. Oświadczamy, że posiadamy doświadczenie w realizacji dostaw opasek bezpieczeństwa i wykonaliśmy następujące usługi teleopieki (abonament teleopieki) opasek bezpieczeństwa wraz z dostawą opasek spełniające warunek udziału tj. zrealizowane w okresie ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert min. 3 usługi dla minimum 3 zamawiających obejmujące każdą z usług: dostawy, co najmniej 60 sztuk opasek wraz ze świadczeniem teleopieki przez okres, co najmniej 6 miesięcy (każde zamówienie), do których dołączamy referencje:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot usługi** | **Okres wykonywania usługi** | **Liczba podopiecznych objętych usługą** | **Podmiot na rzecz, którego usługa została wykonana** |
| **1** |  |  |   |   |
| **2** |  |  |   |  |
| **3** |  |  |   |  |

1. Oświadczamy, że:

Dysponujemy (będziemy dysponować) następującymi osobami odpowiedzialnymi za realizację zamówienia posiadającymi kwalifikacje zawodowe ratownika medycznego, opiekuna medycznego lub pielęgniarki:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Liczba osób posiadających kwalifikacje zawodowe: ratownik medyczny, opiekun medyczny lub pielęgniarka odpowiedzialnych za realizację zamówienia w centrum monitoringu** | **Podstawa wykonywania zawodu ratownika medycznego, opiekuna medycznego lub pielęgniarki** (*dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe odpowiednio dla każdej osoby*) |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **…** |  |  |

1. Dodatkowa punktacja wg. kryterium oceny ofert:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. urządzenie posiada możliwość bezprzewodowego ładowania indukcyjnego/ magnetycznego poprzez stację dokującą z sygnalizacją świetlną informującą o ładowaniu, co potwierdza karta katalogowa,
 | TAK / NIE \* |
| 1. urządzenie jest wyrobem medycznym w rozumieniu ustawy o wyrobach medycznych potwierdzony deklaracją zgodności producenta
 | TAK / NIE\* |

*\* niepotrzebne skreślić*

1. Oświadczamy, że oferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia oraz jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni.
2. Świadczenie usługi nastąpi w terminie od dnia dostarczenia opasek do dnia 31.12.2023 r.
3. Akceptujemy termin realizacji zamówienia określony w zapytaniu ofertowym.
4. Gwarantujemy wykonanie całości zamówienia zgodnie z treścią zapytania.
5. Posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, o ile przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
6. Posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do realizacji zamówienia.
7. Dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami do wykonania zamówienia.
8. Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej rzetelne wykonanie zamówienia ofertowego.
9. Oświadczamy, ze zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną „RODO”.
10. Oświadczamy, iż załączony do zapytania ofertowego wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się po wybraniu naszej oferty do zawarcia umowy, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

 ………………………………………

 Podpis osoby uprawnionej do składania

 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy