*Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego – Formularz oferty*

Numer sprawy: GOPS. SAiK.260.166.2020

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

*Miejscowość, data*

*Miejsce na pieczęć Oferenta*

**F O R M U L A R Z O F E R T Y**

1. **ZAMAWIAJĄCY:** Gmina Michałowice / Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Michałowice

**Adres siedziby:** Reguły, ul. Aleja Powstańców Warszawy 1 (05-816) Michałowice

NIP 534-24-80-595,

1. **Przedmiot Zamówienia”** Przedmiotem zamówienia jest zakup i dostawa 40 zestawów do teleopieki (system wspomagający usługi opiekuńcze) oraz usługa polegająca na wdrożeniu zakupionych zestawów do teleopieki w ramach projektu „Michałowicki program deinstytucjonalizacji systemu wsparcia osób niesamodzielnych” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 Osi Priorytetowej IX. Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałanie 9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych.

**Postępowanie o udzielenie zamówienia w trybie konkurencyjności o zamówienie publicznym o wartości szacunkowej poniżej 30.000 euro .**

1. **NAZWA I DANE KONTAKTOWE OFERENTA:**

Nazwa oferenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **WARUNKI OFERTOWE:**

**CZĘŚĆ 1 - Cena\*:**

netto: **…………………………………** PLN

brutto: **……………………………………..** PLN

*brutto słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

na którą składają się następujące pozycje:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa dostawy | Cena jedn. netto (PLN) | Ilość | Wartość netto (PLN) | VAT (%) | Wartość brutto (PLN) |
| 1. | Urządzenie ubieralne |  | 40 sztuk |  |  |  |
| 2. | Sejf na klucze |  | 40 sztuk |  |  |  |
| 3. | Czujnik gazu lub czadu |  | 40 sztuk |  |  |  |
| Cena łączna oferty w CZĘŚCI 1 netto i brutto (w PLN)\*: | | | |  |  |  |

\*Cena łączna oferty z tabeli musi równać się cenie netto brutto oferty powyżej tabelki, wpisywanej w wyznaczone pola

**CZĘŚĆ 1 - Dodatkowe parametry techniczne: (zaznaczyć, jeśli spełnia)**

1. Wykorzystanie jednocześnie minimum dwie z podanych technologii GPS/LBS/Wifi:
2. Pomiar saturacji -
3. klasa wodo – i pyłoszczelności IP 67
4. Możliwość skonfigurowania produktu, aby pracował na jednym ładowaniu nie krócej niż 6 miesięcy
5. Automatyczna kontrola poprawności komunikacji przycisku SOS z pozostałymi elementami systemu
6. Automatyczna, zdalna weryfikacja stanu technicznego urządzenia i stanu połączenia.
7. Adaptacja do systemów komunikacji analogowej (linia telefoniczna) i/lub GSM i/lub cyfrowej (IP).
8. Pamięć trwała pozwalająca na przechowywanie danych takich jak dane identyfikacyjne i numery połączenia z Centrum nadzoru 24/7.
9. urządzenia ubezpieczone od wszystkich ryzyk na cały czas realizacji przedmiotu zamówienia .
10. W przypadku awarii, fizycznego uszkodzenia lub utraty urządzenia Wykonawca udostępni Zamawiającemu, w ciągu 48 godzin od zgłoszenia, sprawne urządzenie spełniające wymagania określone w niniejszym opisie zamówienia .

**CZĘŚĆ 1 - Gwarancja –** okres dodatkowo udzielonej gwarancji (w miesiącach)

okres udzielonej gwarancji dla teleopaski po 31.12.2021

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Liczba miesięcy**

**CZĘŚĆ 2 - Cena\*:**

netto: **……………………………………..**PLN

brutto: **……………………………………………** PLN

*brutto słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

na którą składają się następujące pozycje:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Cena jedn. Netto za 1 miesiąc (PLN) | Ilość | Wartość netto (PLN) | VAT (%) | Wartość brutto (PLN) |
| 1. | Obsługa teleopasek dla 1 Uczestnika |  | 20 miesięcy |  |  |  |
| Cena łączna oferty w CZĘŚCI 2 dla 40 osób netto i brutto (w PLN)\*: | | | |  |  |  |

\*Cena łączna oferty z tabeli musi równać się cenie netto brutto oferty powyżej tabelki, wpisywanej powyżej w wyznaczone pola

**CZĘŚĆ 2 - Doświadczenie:**

*w świadczeniu usług monitoringu: ……………………………*(w miesiącach)

*słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_miesięcy*

**Jako potwierdzenie posiadanego doświadczenia załączam do Formularza oferty Załącznik nr 4.**

1. **OŚWIADCZENIA OFERENTA:**

1. Oświadczam / y, że spełniam/y wszystkie warunki **udziału w postepowaniu, w szczególności,** iż dysponuję:

* dysponuję sprzętem informatycznym wraz z oprogramowaniem umożliwiającym obsługę teleopaski;
* dysponuję systemem teleinformatycznym zapewniającym bezpieczeństwo danych osobowych oraz zapewniających ciągłość usług zdrowotnych

2. Oświadczam/-y, że:

* pozostaję/-emy związany/-ni niniejszą ofertą przez okres 31 dni od ostatecznego upływu terminu składania ofert,
* po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia nie wnoszę/-imy do niego żadnych zastrzeżeń,
* zobowiązuję/-my się do zawarcia z Zamawiającym umowy, której istotne postanowienia stanowią Załącznik do Zapytania Ofertowego, w terminie do 7 dni od dnia zawiadomienia mnie/nas przez Zamawiającego o wyborze najkorzystniejszej oferty pod rygorem uznania, że odstępuję/my od wykonania przedmiotu zamówienia,
* brak jest podstaw, o których mowa w art. 24 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 z późniejszymi zmianami) do wykluczenia mnie z postępowania,
* nie wykonywałem/łam/liśmy żadnych czynności związanych z przygotowaniem niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia, a w celu sporządzenia Oferty nie posługiwałem/łam się osobami uczestniczącymi w dokonaniu tych czynności.

1. **POTWIERDZENIE PRAWDZIWOŚCI DANYCH ZAWARTYCH W OFERCIE**

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego i zobowiązuję się do przedstawienia dokumentów je potwierdzających na żądanie Zamawiającego.

Do oferty załączam:

1. Załącznik 1 do Formularza oferty: Oświadczenie o braku powiązań Oferenta
2. Załącznik nr 2 do Formularza oferty: Oświadczenie o osobach zdolnych do wykonania zamówienia
3. Załącznik nr 3 do Formularza oferty: Oświadczenie o korzystaniu z zasobów innych podmiotów (jeśli dotyczy)
4. Załącznik nr 4 do Formularza oferty: Wykaz zrealizowanych kontraktów w świadczeniu usług monitoringu.
5. Załącznik nr 5 do Formularza oferty: Dokument potwierdzający, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności Cywilnej (jeśli dotyczy).
6. Dokumenty potwierdzające wiedzę i doświadczeni
7. Dokumenty potwierdzające dysponowanie osobami zdolnymi do wykonania zamówienia
8. Procedury postępowania w Centrum Nadzoru 24/7, model organizacyjny Centrum Nadzoru 24/7, liczbę dostępnych konsultantów telefonicznych, ich kompetencje oraz liczbę mobilnych koordynatorów teleopieki.
9. Zaświadczenie z ZUS i Urzędu Skarbowego.
10. Pełnomocnictwo do podpisania oferty (jeżeli dotyczy).

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Miejscowość, data Podpis Oferenta*

*Załącznik nr 1 do Formularza oferty*

Numer sprawy: GOPS. SAiK.260.166.2020

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

*Miejscowość, data*

*Miejsce na pieczęć Oferenta*

**Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych**

Oświadczam(-y), że nie jestem(-śmy) powiązani z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a Wykonawcą, 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.

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

*Data i podpis Oferenta*

*Załącznik nr 2 do Formularza oferty*

Numer sprawy: GOPS. SAiK.260.166.2020

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

*Miejscowość, data*

*Miejsce na pieczęć Oferenta*

**Oświadczenie o osobach zdolnych do wykonania zamówienia**

Oświadczam, iż w celu realizacji niniejszego zamówienia dysponuję/będę dysponował\* następującym zasobem, posiadającym wymagane zapytaniem ofertowym wykształcenie oraz doświadczenie.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko / Nazwa** | **Stanowisko / wykształcenie** | **Sposób dysponowania zasobem (umowa cywilno-prawna, umowa o pracę, inna forma współpracy)** | **Okres dysponowania zasobem** |
| 1. |  | …………………………../ wykształcenie z zakresu informatyki lub elektroniki |  |  |
| 2. |  | Ratownik medyczny / |  |  |
| 3. |  | Ratownik medyczny/ |  |  |

*(zaznaczyć właściwe: )*

**W realizacji zamówienia będę wykorzystywał własne zasoby.**

**W realizacji zamówienia będę korzystał z zasobów innych podmiotów, dlatego dołączam do oferty Załącznik nr 3 wraz z pisemnym zobowiązaniem podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres realizacji zamówienia.**

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

*Data i podpis Oferenta*

*Załącznik nr 3 do Formularza oferty*

Numer sprawy: GOPS. SAiK.260.166.2020

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

*Miejscowość, data*

*Miejsce na pieczęć Oferenta*

**Oświadczenie o korzystaniu z zasobów innych podmiotów**

Oświadczam, iż w celu realizacji niniejszego zamówienia będę korzystał z następujących zasobów innych podmiotów:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko / Nazwa** | **Stanowisko** | **Podmiot udzielający zasobu (dane: nazwa, adres, tel., mail)** |
| 1. |  | Ratownik medyczny/Dyspozytor medyczny |  |
| 2. |  | Ratownik medyczny/Dyspozytor medyczny |  |
| 3. |  | Ratownik medyczny/Dyspozytor medyczny |  |

Do oferty załączam:

Zobowiązanie/-a (pisemne) podmiotów do oddania do dyspozycji niezbędnych zasobów (osób zdolnych do wykonania zamówienia)

Liczba załączników: \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Załącznik wypełnia się jedynie w przypadku, gdzie Oferent korzysta/będzie korzystał z zasobów innych podmiotów.**

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

*Data i podpis Oferenta*

*Załącznik nr 4 do Formularza oferty*

Numer sprawy: GOPS. SAiK.260.166.2020

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

*Miejscowość, data*

**Wykaz zrealizowanych kontraktów w świadczeniu usług monitoringu**

Oświadczam, iż posiadam doświadczenie w świadczeniu usług teleopieki świadczonej przy wykorzystaniu opasek telemedycznych z centrum monitorowania lub dostawę urządzeń i systemu teleopieki przedstawione poniżej:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Jednostka/podmiot, dla którego świadczono usługę (dane: nazwa, adres, tel., mail)** | **Okres świadczenia usługi (mm.rrrr – mm.rrrr)** | **Liczba miesięcy** | **Zakres świadczonej usługi** |
| 1. |  | Od: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  do:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 2. |  | Od: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  do:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 3. |  | Od: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  do:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 4. |  | Od: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  do:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Doświadczenie w świadczeniu usług monitoringu | | |  |  |

*\*UWAGA: Wymagane doświadczenie należy obliczyć w ten sposób, że dublujące się okresy świadczenia usługi należy uwzględnić tylko jeden raz.*

*W razie potrzeby powielić wiersze w Tabeli.*

**Załącznik wypełnia się jedynie w przypadku, gdzie Oferent posiada doświadczenie > 0 miesięcy.**

**Doświadczenie wykazane w niniejszym załączniku musi być równe sumie miesięcy wskazanych w pkt. 4: Warunki ofertowe - CZĘŚĆ 2. - Doświadczenie.**

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

*Data i podpis Oferenta*