Załącznik nr 1

…………………………….. …………………...

Nazwa i adres (pieczęć Wykonawcy) miejscowość i data

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **Nazwa i adres Zamawiającego**.

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

1. **Nazwa przedmiotu zamówienia**.

**Dostawę 30 (ilość prognozowana) opasek bezpieczeństwa wraz z obsługą systemu całodobowej opieki na odległość na rzecz osób starszych, mieszkańców Miasta Skierniewice, w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „ Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023.**

3. Ja (my) niżej podpisany (i) składam(y) ofertę na dostawę opasek bezpieczeństwa wraz z obsługą systemu całodobowej opieki na odległość na rzecz osób starszych, mieszkańców Miasta Skierniewice, w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „ Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2023 i oświadczam(y), że:

1) Zapoznałem (liśmy) się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę (imy) do niego zastrzeżeń,   
w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do realizacji zamówienia na określonych warunkach,

2) Spełniam (my) warunki udziału w postępowaniu w zakresie doświadczenia, potencjału technicznego   
oraz potencjału osobowego,

3) Oświadczam, że wykonałem (-am) następujące usługi Teleopieki wraz z dostawą opasek spełniające warunek udziału tj. zrealizowane w okresie ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert min. 10 usług obejmujące każda z usług: dostawy co najmniej 30 opasek wraz ze świadczenie usługi teleopieki przez okres co najmniej roku dla minimum 10 samorządów, do których dołączam referencje:

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

4) Oświadczam, że:

Dysponuję (będę dysponować) następującymi osobami odpowiedzialnymi za realizację zamówienia posiadającymi kwalifikacje zawodowe ratownik medyczny:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Liczba osób posiadających kwalifikacje zawodowe: ratownik medyczny lub opiekun medyczny lub pielęgniarka** *(w rozumieniu ustawy z dnia 8 września 2006 r.  o Państwowym Ratownictwie Medycznym*) **odpowiedzialnych za realizację zamówienia  w centrum monitoringu** | **Podstawa wykonywania zawodu ratownika medycznego**  (*dyplom potwierdzający  uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny  lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe  w zawodzie ratownik medyczny –  odpowiednio dla każdej osoby*) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |

5. Oferuję (jemy) cenę brutto oferty:

1.Opaska bezpieczeństwa: cena jednego urządzenia…… zł x ilość opasek( 30szt.) =…………….. zł brutto

2.Abonament miesięczny za usługę teleopieki : cena usługi za świadczenie usługi teleopieki dla jednej osoby…….zł x ilość opasek ( 30szt.) =…………….zł brutto x ilość miesięcy świadczenia usługi= …………zł brutto

3.Cena łączna brutto za wykonanie zamówienia : cena z pkt 1 + cena z pkt 2 =…………….zł brutto

6. Oferuje następującą opaskę (producent, model) ………………………………………… .

Zamawiający do oceny ofert przyjmuje cenę łączną brutto.

Dodatkowa punktacja:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1) urządzenie posiada możliwość bezprzewodowego ładowania indukcyjnego i magnetycznego poprzez stację dokującą z sygnalizacją świetlną informującą o ładowaniu, co potwierdza karta katalogowa. | TAK / NIE | 10 pkt |
| 2) urządzenie posiada klasę wodoszczelności i pyłoszczelności min. IP67, co należy potwierdzić certyfikatem wydanym przez jednostkę akredytowaną lub raportem z badań z laboratorium posiadającym akredytację w tym zakresie | TAK / NIE | 10 pkt |
| 3)Wykonawca posiada wdrożony System Zarządzania Jakością zgodny z normami ISO 22301:2019 (zachowanie ciągłości działania) **w obszarze usług teleopiekuńczych,** co należy potwierdzić certyfikatem wydanym przez jednostkę akredytowaną. W przypadku powierzenia realizacji tej części zamówienia podwykonawcy, podwykonawca również musi posiadać wdrożony system zarządzania zgodny z normami ISO 22301:2019 (zachowanie ciągłości działania) **w obszarze usług teleopiekuńczych,** co należy potwierdzić certyfikatem wydanym przez jednostkę akredytowaną – 10 pkt | TAK / NIE | 10 pkt |
| 4)urządzenie jest wyrobem medycznym **minimum klasy 2a** potwierdzone certyfikatem wydanym przez jednostkę posiadającą aktualną akredytację w tym zakresie lub potwierdzenie jakości pomiarów na zgodność z normą EN ISO 80601-2-61:2019 dokumentem z badań laboratoryjnych przeprowadzonych przez jednostkę posiadającą aktualną akredytację w tym zakresie | TAK / NIE | 20 pkt |

7. Zdobyłem (liśmy) wszelkie informacje konieczne do przygotowania niniejszej oferty i realizacji zamówienia.

8. Oferowana cena obejmuje wszelkie koszty, jakie poniesie Wykonawca z tytułu należytej oraz zgodnej   
z obowiązującymi przepisami realizacji przedmiotu zamówienia.

9. Akceptuję (my) warunki płatności: w terminie 14 dni od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury VAT.

10. Termin związania ofertą wynosi 60 dni.

11. Załączniki do oferty:

1. ………………………….
2. ………………………….
3. ………………………….
4. ………………………….
5. …………………………..
6. …………………………..

………………………………………

Podpis osoby uprawnionej do składania

oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy