**Załącznik nr 1**

**Formularz ofertowy**

**nr sprawy DZP/BZU/534/2020**

Dotyczy: postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej poniżej 30.000 euro na uruchomienie integracji posiadanego systemu HIS (AMMS firmy Asseco Poland S.A.) z systemem "Tryby Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR).

**1.** Nazwa i adres Zamawiającego

Szpital Powiatowy w Zawierciu

42-400 Zawiercie, ul. Miodowa 14

REGON 276271110, NIP 649-19-18-293

tel. 32 67 40 371.

www.szpitalzawiercie.pl

email: it@szpitalzawiercie.pl

Godziny urzędowania: od 07:30 do 15.00

**2.** Opis przedmiotu zamówienia

Opis zawarty w zał. 4 – Opis integracji TOPSOR-HIS

**3.** Nazwa i adres Wykonawcy

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Dane do porozumiewania się

Tel …………………………………………………………..

Adres poczty elektronicznej ……………………………………………………………

**4**. **Cena oferty**

brutto …...................... zł (słownie zł: …......................…......................…...................…),

w tym VAT…………….. zł, (słownie zł: …......................…......................…...................…),

tj. netto …...................... zł (słownie zł: …......................…......................…...................…).

zgodnie z załączonym formularzem asortymentowo - cenowym.

**Gwarancja, wsparcie techniczne i nadzór autorski.**

- serwis oprogramowania i wsparcie techniczne do dnia 31.12.2022 r.

- nadzór autorski ………… m-cy

Zaoferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.

**5.** Termin wykonania zamówienia – ……… dni roboczych (dni robocze to dni z wyłączeniem sobót, niedziel i dni ustawowo wolnych od pracy) od daty otwarcia ofert, licząc od kolejnego dnia następującego po tym terminie. Termin realizacji zamówienia nie może przekroczyć daty 15.03.2021.

**6.** Termin zapłaty – 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej i doręczonej faktury.

**7.** Termin związania ofertą – 30 dni

**8.** Osoba odpowiedzialna za realizację zamówienia …………………………………………………………………..

telefon kontaktowy ……………………………………….

e-mail ……………………………………………………..

a. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz z wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

b. Oświadczam, że zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w zaproszeniu oraz we wzorze umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

c. Oświadczam, że spełniam warunki dotyczące posiadania uprawnień do wykonywania działalności lub czynności, będących przedmiotem zamówienia, niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

d. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

**Załączniki:**

1. Formularz ofertowy

2. Formularz asortymentowo-cenowy – opis przedmiotu zamówienia

3. Wzór umowy - zaparafowany

4. Pełnomocnictwo, jeżeli ofertę składa inna osoba niż wymieniona w dokumencie rejestracyjnym

5. CEIDG lub KRS

6. Oświadczenie o braku powiązań

7. Oświadczenie o spełnieniu wymagań

……………………………………………………………………………………..

podpisy osób uprawnionych do reprezentacji

wykonawcy