**Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego**

Znak sprawy: MOPS.261.11.2023

**Formularz cenowy**

- dotyczy zamówienia publicznego, którego wartość nie przekracza 130.000,00 zł

- zamówienie jest prowadzone wyłącznie na zasadach określonych w niniejszym Zapytaniu

Nazwa Wykonawcy:

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

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

1. **W odpowiedzi na zapytanie ofertowe z dnia 31 marca 2023 r.** na dostawę „opasek bezpieczeństwa” bez wyświetlaczy, dedykowanych do świadczenia usługi opieki na odległość na rzecz osób starszych - mieszkańców Miasta Józefowa powyżej 65 roku życia oraz świadczenie usługi obsługi systemu polegającego na sprawowaniu całodobowej opieki na odległość nad seniorami przez centrum monitoringu. Do realizacji usługi nie może być wymagane posiadanie telefonu lub innego dodatkowego urządzenia przez seniora, **oferujemy realizację zamówienia za cenę:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Rodzaj kosztu | Cena netto | Cena brutto |
|  | Opaski (cena jednego urządzenia) |  |  |
|  | Abonament miesięczny za jedną opaskę |  |  |

1. Oferuję następującą opaskę (producent, model) ………………………………………….
2. Ja (my) niżej podpisany (i) składam(y) ofertę na „Dostawę „opasek bezpieczeństwa” bez wyświetlaczy, dedykowanych do świadczenia usługi opieki na odległość na rzecz osób starszych - mieszkańców Miasta Józefowa powyżej 65 roku życia oraz świadczenie usługi obsługi systemu polegającego na sprawowaniu całodobowej opieki na odległość nad seniorami przez centrum monitoringu” i oświadczam(y), że:
3. 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.
4. Spełniam (my) warunki udziału w postępowaniu w zakresie doświadczenia, potencjału technicznego oraz potencjału osobowego.
5. 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** |
|  |  |  |   |   |
|  |  |  |   |  |
|  |  |  |   |  |

1. Oświadczam, że:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Liczba osób posiadających kwalifikacje zawodowe: ratownik medyczny** *(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. | Ratownik medyczny 1 |  |
| 2.  | Ratownik medyczny 2 |  |
| 3. | Ratownik medyczny 3 |  |
| 4. | Ratownik medyczny 4 |  |
| 5. | Ratownik medyczny 5 |  |
| 6. | Ratownik medyczny 6 |  |
| 7. | Ratownik medyczny 7 |  |
| 8. | Ratownik medyczny 8 |  |

1. 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 \* |
| 1. 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 |
| 1. 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,
 | TAK / NIE |
| 1. 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 |

*\* niepotrzebne skreślić*

1. Oświadczam, że oferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.
2. Akceptujemy termin realizacji zamówienia określony w zapytaniu ofertowym.
3. Gwarantujemy wykonanie całości zamówienia zgodnie z treścią zapytania.
4. Posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, o ile przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
5. Posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do realizacji zamówienia.
6. Dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami do wykonania zamówienia.
7. Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej rzetelne wykonanie zamówienia ofertowego.
8. Zobowiązujemy się po wybraniu naszej oferty do zawarcia umowy, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego
9. Termin związania ofertą wynosi 60 dni.

 ………………………………………

 Podpis osoby uprawnionej do składania

 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy