Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr DP.650.3.2025.SB

(pieczątka Wykonawcy, nazwa, adres) ……
(miejscowość, data)

.....
(numer telefonu Wykonawcy/ adres e-mail Wykonawcy)

Formularz – OFERTA

Jako uprawniony/-nieni do reprezentowania Wykonawcy:
.....
(pełna nazwa/firma, adres siedziby, NIP i REGON Wykonawcy)

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr DP.650.3.2025.SB na: **„**Zakup i dostawę opasek bezpieczeństwa wraz ze świadczeniem kompleksowej usługi teleopieki dla 30 seniorów w ramach realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniorów" w Katowicach na rok 2025 – Moduł II", składamy niniejszą ofertę:

1. Oferujemy wykonanie całego przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymaganiami Opisu Przedmiotu Zamówienia (OPZ) zawartego w zapytaniu ofertowym, za łączną cenę brutto (uwzględniającą podatek VAT oraz wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia przez cały okres umowy wskazany w Sekcji IV zapytania ofertowego):

   Łączna cena brutto: ..... PLN
   (słownie złotych:.....)

   Ceny jednostkowe:
   a) cena jednostkowa brutto 1 szt. opaski bezpieczeństwa (z gwarancją min. 24 m-ce): ..... PLN
   (słownie: ..... PLN)
   b) cena jednostkowa brutto miesięcznego abonamentu usługi teleopieki dla 1 Uczestnika (wraz z kosztem karty SIM): ..... PLN
   (słownie:.....PLN)

2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią zapytania ofertowego nr DP.650.3.2025.SB, w tym z Opisem Przedmiotu Zamówienia oraz wzorem umowy (załącznik nr 5 do zapytania) i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.
3. Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia w terminie od dnia podpisania umowy do dnia 31 grudnia 2025 r.
4. Oświadczamy, że posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności będącej przedmiotem zamówienia, wymagane przepisami prawa.
5. Oświadczamy, że zaoferowana łączna cena brutto obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia, w tym m.in. koszt zakupu 30 opasek podstawowych i 2 opasek rezerwowych, koszt usługi teleopieki dla 30 użytkowników przez cały okres umowy, koszt kart SIM i transmisji danych, koszt dostawy, instalacji i konfiguracji opasek, koszt szkoleń, koszt serwisu i gwarancji, podatki oraz wszelkie inne koszty niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia, zgodnie z wymaganiami określonymi w OPZ.
6. Oświadczamy, że posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania zamówienia, co potwierdzamy załączonym wykazem usług (załącznik nr 2 do niniejszej oferty).
7. Oświadczamy, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia, zgodnie z wymaganiami określonymi w zapytaniu ofertowym.
8. Oświadczamy, że dysponujemy odpowiednim zasobem technicznym oraz wykwalifikowaną kadrą do wykonania zamówienia, posiadającymi wymagane kwalifikacje (w tym personelem medycznym centrum teleopieki), zgodnie z wymaganiami wynikającymi z zapytania ofertowego.

9. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie wymagania określone w Opisie Przedmiotu Zamówienia, a w szczególności potwierdzamy (proszę zaznaczyć właściwe pole przy każdym punkcie):

1.	Oferowana opaska jest fabrycznie nowa	Tak / Nie
2.	Oferowana opaska jest Wyrobem Medycznym zgodnym z Rozporządzeniem (UE) 2017/745	Tak / Nie
3.	Opaska posiada przycisk bezpieczeństwa – sygnał SOS	Tak / Nie
4.	Opaska posiada detektor upadku	Tak / Nie
5.	Opaska posiada lokalizator GPS	Tak / Nie
6.	Opaska posiada funkcję dwukierunkowej komunikacji głosowej z centrum obsługi i opiekunami	Tak / Nie
7.	Opaska posiada funkcję monitorowania tętna i saturacji	Tak / Nie
8.	Opaska posiada czytelny wyświetlacz (min. godzina, bateria, zasięg) z komunikatami w języku polskim	Tak / Nie
9.	Opaska posiada możliwość regulacji długości paska	Tak / Nie
10.	Opaska wydaje zrozumiałe komunikaty (np. głosowe lub na wyświetlaczu) np. o konieczności naładowania	Tak / Nie
11.	Opaska posiada indywidualny i niepowtarzalny numer seryjny lub numer IMEI	Tak / Nie
12.	Opaska posiada monitoring zużycia baterii z powiadomieniem	Tak / Nie
13.	Opaska jest dostarczana w komplecie z urządzeniem do jej ładowania (podstawką)	Tak / Nie
14.	Opaska będzie oznakowana logotypem Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej	Tak / Nie
15.	Opaska jest wodoodporna min. IP67	Tak / Nie
16.	Wykonawca zapewnia wsparcie techniczne dla Zamawiającego i Użytkowników przez cały okres umowy	Tak / Nie
17.	Wykonawca zapewnia konfigurację opasek i test łączności przed przekazaniem Użytkownikowi	Tak / Nie
18.	Okres gwarancji na opaskę wynosi minimum 24 miesiące od daty przekazania Użytkownikowi	Tak / Nie
19.	Wykonawca zapewnia obsługę centrum teleopieki 24/7/365 przez dyspozytora posiadającego kwalifikacje ratownika medycznego lub pielęgniarki.	Tak / Nie
20.	Wykonawca posiada status Podmiotu Wykonującego Działalność Leczniczą (PWDL), co potwierdza aktualny odpis z Rejestru	Tak / Nie
21.	Wykonawca zapewnia dostarczenie comiesięcznych raportów oraz raportu końcowego	Tak / Nie
22.	Wykonawca bezpłatnie przeszkoli wskazanych pracowników Zamawiającego oraz użytkowników opasek (z dostarczeniem instrukcji) w zakresie obsługi opasek	Tak / Nie
23	Wykonawca zapewnia bezpłatny dostęp do dedykowanej aplikacji mobilnej dla Użytkowników i ich opiekunów	Tak / Nie
24	Wykonawca zapewnia możliwość zdalnej aktualizacji danych Użytkownika w systemie Wykonawcy, zdalną aktualizację oprogramowania Opasek oraz możliwość zdalnej regulacji głośności Opasek	Tak / Nie

10. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w zapytaniu ofertowym, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
11. Oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny aktualny na dzień składania ofert.
12. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone we wzorze umowy.
13. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego oraz do przedłożenia przed podpisaniem umowy kopii ważnej polisy OC oraz dokumentów potwierdzających kwalifikacje zatrudnionego personelu medycznego obsługującego centrum teleopieki.

Załączniki do oferty:

1. Opis oferowanej opaski (specyfikacja techniczna, zdjęcie/katalog).
2. Deklaracja zgodności CE i dokument potwierdzający status wyrobu medycznego.
3. Wykaz wykonanych usług (wg wzoru - Załącznik nr 2) wraz z dowodami należytego wykonania.
4. Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu (wg wzoru - Załącznik nr 3).
5. Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia (wg wzoru - Załącznik nr 4).
6. Aktualny odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) (nie starszy niż 3 miesiące od terminu składania ofert).
7. Pełnomocnictwo (jeśli dotyczy).
8. Inne (jeśli wymagane lub istotne np. potwierdzenie wodoodporności): .....

.....

.....

(podpis(y) osoby/osób upoważnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy wraz z pieczątką imienną i firmową)