*Załącznik nr 3 do SWZ – Formularz ofertowy*

**Zamawiający:**

Quantum Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

ul. Obornicka 330, 60-689 Poznań

e-mail: zapytanie.ofertowe@drbarbara.pl

**OFERTA**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego** **pn.** **„Wykonanie spójnego systemu informatycznego generującego e-usługi poprzez opracowanie i wdrożenie aplikacji mobilnej i webowej, przeznaczonej do monitoringu zdrowia, spersonalizowanych diet i ćwiczeń niezbędnych przy chorobach osób starszych (55+), obejmujących 6 jednostek chorobowych”**

**Dane Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię, nazwisko /** **Nazwa**  |  |
| **Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej / Siedziba**  |  |
| **NIP /** **KRS /****Inny numer identyfikacyjny**  *- dot. podmiotów zagranicznych (mających siedzibę poza terytorium Polski)* |  |
| **Dane kontaktowe (ogólne)** | Adres e-mail  |  |
| Numer telefonu  |  |
| **Dane osoby upoważnionej do kontaktu ze strony Wykonawcy** | Imię, nazwisko |  |
| Adres e-mail |  |
| Numer telefonu |  |

Odpowiadając na ogłoszenie o postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Wykonanie spójnego systemu informatycznego generującego e-usługi poprzez opracowanie i wdrożenie aplikacji mobilnej i webowej, przeznaczonej do monitoringu zdrowia, spersonalizowanych diet i ćwiczeń niezbędnych przy chorobach osób starszych (55+), obejmujących 6 jednostek chorobowych”, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ i Załącznikach do SWZ:

1. **Cena ofertowa (kryterium oceny ofert – 20 pkt):**

*\*w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku:*

|  |  |
| --- | --- |
| **ETAP** | **CENA [PLN]** |
| **Etap 1:**opracowanie schematu procedur żywieniowych i zmiany stylu życia dla każdej z 6 jednostek chorobowych – choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, cukrzyca, osteoporoza, nadwaga/otyłość, choroby serca i układu naczyniowego oraz opracowanie schematu zależności zdiagnozowanych obszarów | Cena netto: Stawka podatku VAT:Cena brutto: |
| **Etap 2:** | opracowanie projektu Aplikacji („mock-up”) – projekt technologii, funkcjonalności, założeń użytkowania | Cena netto: Stawka podatku VAT:Cena brutto: |
| opracowanie projektów graficznych ekranów Aplikacji | Cena netto: Stawka podatku VAT:Cena brutto: |
| **Etap 3:**opracowanie i wdrożenie Aplikacji obejmującej 13 modułów, przeprowadzenie testów | Cena netto: Stawka podatku VAT:Cena brutto: |
| **ŁĄCZNIE**(suma wynagrodzeń za wszystkie trzy Etapy) | Cena netto: Stawka podatku VAT:Cena brutto: |
| **ŚWIADCZENIE USŁUG ASYSTY TECHNICZNEJ** **(prawo opcji Zamawiającego)***(cena obliczona jako iloczyn stawki godzinowej za jedną godzinę świadczenia usług Asysty technicznej i całkowitej liczby godzin Asysty technicznej, tj. liczby 192)* | Cena netto: Stawka podatku VAT:Cena brutto: |
| **ŁĄCZNIE** (wynagrodzenie za realizację Etapów + wynagrodzenie za świadczenie usług Asysty technicznej) | Cena netto: Stawka podatku VAT:Cena brutto: |

1. informuję, że wybór oferty będzie / nie będzie[[1]](#footnote-1) prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.
2. **Koncepcja dokumentacji technicznej Systemu (kryterium oceny ofert – waga: 30 punktów)\***

Do Formularza ofertowego załączam Koncepcję dokumentacji technicznej Systemu opracowaną zgodnie z Działem V Rozdziałem 1 ust. 2 lit. b. SWZ.

*\* element obligatoryjny oferty*

1. **Doświadczenie Personelu Medycznego skierowanego do realizacji przedmiotu zamówienia (kryterium oceny ofert – waga: 50 punktów)\***

*\* element nieobligatoryjny oferty – uzupełniany wyłącznie w celu uzyskania punktów w kryterium oceny ofert „Doświadczenie Personelu Medycznego”*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Członek Personelu Medycznego (imię, nazwisko, kwalifikacje zawodowe – tytuł zawodowy) | Uczelnia, na której członek Personelu Medycznego pełnił funkcję wykładowcy (nazwa, adres), specjalizacja, w ramach której członek Personelu Medycznego pełnił funkcję wykładowcy akademickiego (określenie wykładanego przedmiotu/przedmiotów), okres pełnienia funkcji wykładowcy (od - do) | Prelekcja o tematyce obejmującej nie mniej niż jedną jednostkę chorobową choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, cukrzyca, osteoporoza, nadwaga/otyłość, choroby serca i układu naczyniowego – należy określić: nazwę konferencji naukowej / innego wydarzenia o charakterze naukowo-informacyjnym, tytuł prelekcji, ze wskazaniem jednostki chorobowej, której dot. prelekcja, datę konferencji / innego wydarzenia o charakterze naukowo-informacyjnym (dzień, miesiąc, rok) | Publikacja naukowa o tematyce obejmującej nie mniej niż jedną jednostkę chorobową: choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, cukrzyca, osteoporoza, nadwaga/otyłość, choroby serca i układu naczyniowego – należy określić: tytuł publikacji ze wskazaniem jednostki chorobowej, której dot. publikacja, formę publikacji (monografia książkowa lub jej rozdział, artykuł, inne), datę publikacji (miesiąc, rok), inne dane umożliwiające weryfikację publikacji (nazwa czasopisma, wydawca, tom, etc.) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**UWAGA!**

W celu uzyskania punktów w kryterium „Doświadczenie Personelu Medycznego” Wykonawca musi wskazać w Formularzu ofertowym członków Zespołu medycznego wskazanych przez Wykonawcę w ramach warunku udziału w postępowaniu zgodnie z Działem IV Rozdziałem 2 SWZ – „Kwalifikacja podmiotowa Wykonawców” (tożsamość osób). W przypadku, gdy na wezwanie Zamawiającego, o którym mowa w Dziale II Rozdziale 4 – „Podmiotowe środki dowodowe” ust. 2 SWZ Wykonawca przedstawi Zamawiającemu w ramach spełniania warunku udziału w postępowaniu osoby inne niż wskazane w Formularzu ofertowym w ramach kryteriów oceny ofert, Zamawiający dokona ponownego przeliczenia punktów i przyzna Wykonawcy „0” (zero) punktów za doświadczenie osoby, która nie jest tożsama z osobą wskazaną przez Wykonawcę w ramach warunku udziału w postępowaniu.

1. Pozostałe oświadczenia:
	1. termin realizacji przedmiotu zamówienia: zgodnie z SWZ,
	2. warunki płatności: zgodnie z SWZ,
	3. zapoznałem się z treścią SWZ i Załącznikami do SWZ i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,
	4. posiadam informacje niezbędne do rzetelnego przygotowania oferty,
	5. akceptuję istotne postanowienia umowne i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,
	6. czuję się związany ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu na składanie ofert, tj. do terminu zgodnie z SWZ,
	7. w przypadku udzielenia mi zamówienia zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego,
	8. wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
2. Części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom:

\*opisowo poprzez wskazanie prac

|  |  |
| --- | --- |
| **Część zamówienia, którego wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcy** | **Imię, nazwisko / nazwa podwykonawcy (jeśli są znane)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Numer rachunku bankowego, na który należy zwrócić wadium wniesione w pieniądzu:

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

lub

adres poczty e-mail **Gwaranta** lub **Poręczyciela** do złożenia oświadczenia o zwolnieniu wadium wniesionego w formie niepieniężnej

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

1. Skreślić niewłaściwe. [↑](#footnote-ref-1)