Załącznik do zapytania ofertowego

**Formularz ofertowy**

**Dane oferenta:**

Nazwa: …………………….

Adres: ………………………..

NIP: ………………………..

Imię i nazwisko osoby składającej ofertę : …………………………..

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe z dnia 23.06.2023 r. na wdrożenie systemu gabinetowego w podmiocie medycznym Centrum Medyczne Panorama Sp. z o.o przy ul. Stary Rynek 2, w Radzyminie (05-250) oferuję wdrożenie systemu gabinetowego o nazwie ………………………………………….. zgodnie ze specyfikacją, terminowo i z należytą starannością za łączną cenę…………………. brutto.

Szczegółowa specyfikacja oferty obejmuje:

Tabela nr 1.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element logiczny aplikacji:****Moduł aplikacji / usług** | **Nr i nazwa przypadku użycia (PU) zgodnie z modelem referencyjnym** | **Jednostka miary -licencja** | **Liczba jednostek** | **Koszt****jednostkowy netto****(w zł)** | **Koszt****jednostkowy brutto****(w zł)** | **Razem brutto****(w zł)** |
| 1. | Usługa złożenia deklaracji POZ | PU.1.1 Złożenie Deklaracji wyboru POZPU.1.2 Przyjęcie Deklaracji wyboru POZPU.1.3 Walidacja Deklaracji wyboru POZPU.1.4 Potwierdzenie Deklaracji wyboru POZ |  |  |  |  |  |
| 2.  | Moduł Zarządzanie świadczeniami - tworzenie planów i grafików  | PU.2.1 Utworzenie planu udzielania świadczeńPU.2.2 Wysłanie zaproszeń do Pacjentów PU.2.3 Utworzenie planu udzielania świadczeńPU.2.4 Wysłanie zaproszeń do Pacjentów PU.2.5 Tworzenie i modyfikacja grafików pracyPersonelu medycznego |  |  |  |  |  |
| Moduł Zarządzanie świadczeniami - komunikacja pacjenta z placówką POZ | PU.2.6 Komunikacja Pacjenta z Placówką POZPU.2.7 Komunikacja Pacjenta z Placówką POZPU.2.8 Komunikacja Pacjenta z Placówką POZ |  |  |  |  |  |
| 3. | Moduł Wizyta | PU.3.1 Udzielenie świadczenia przez Personel medyczny PU.3.2 Udzielenie świadczenia przez Personel medycznyPU.3.3 Udzielenie świadczenia przez Personel medycznyPU.3.4 Przeglądanie i wymiana EDM dla udzielonego świadczenia/PacjentaPU.3.5 Utworzenie, przeglądanie i wymiana EDM dla udzielonego świadczenia/Pacjenta PU.3.6 Teleporada  |  |  |  |  |  |
| 4 | Moduł Diagnostyka | PU.4.1 Obsługa zleceń na badania laboratoryjne/diagnostyczne PU.4.2 Obsługa zleceń na badanialaboratoryjne/diagnostyczne |  |  |  |  |  |
| 5 | Moduł Analiza iRozliczanie świadczeń | PU.5.1 Analiza i rozliczanie świadczeń PU.5.2 Analiza i rozliczanie świadczeń |  |  |  |  |  |
| 6. | Moduł GenerowanieRaportów statystycznych ianalitycznych | PU.6.1 Generowanie raportów statystycznych ianalitycznych PU.6.2 Generowanie raportów statystycznych ianalitycznychPU.6.3 Generowanie raportów statystycznych ianalitycznych |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  |

Tabela nr 2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi** | **Jednostka miary- godzina** | **Liczba jednostek** | **Koszt****jednostkowy netto****(w zł)** | **Koszt****jednostkowy brutto****(w zł)** | **Razem brutto****(w zł)** |
| 1. | Wdrożenie modułów wskazanych w tabeli nr 1 |  |  |  |  |  |
| 2. | Szkolenie użytkowników/ personelu z obsługi wdrożonego oprogramowania |  |  |  |  |  |

 Jednocześnie oświadczam, że:

1. pomiędzy podmiotem, który reprezentuję i Zamawiającym nie istnieją wzajemne powiazania kapitałowe lub osobowe, w szczególności, polegające na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli;

1. zrealizuję wycenioną usługę do 31.08.2023 r.
2. dysponuję zespołem mającym doświadczenie i kompetencje w realizacji usługi objętej niniejszą ofertą.

………………………………………………………………..

Data i podpis osoby składającej ofertę