**Załącznik nr 6 do SIWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane dotyczące Zamawiającego:**

*Nazwa:* ***Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.***

*Siedziba:* ***ul. Kościuszki 28, 09-402 Płock***

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa...........................................................................................................................................

Siedziba/m-ce zam.: ..............................kod....................ul.............................................................

nr telefonu/fax. ................................................. MŚP1) □ – TAK, □ – NIE \*właściwe zaznaczyć

http:// ............................... e-mail: ...........................

**w przypadku konsorcjum dane wykonawców wchodzących w skład konsorcjum:**

**lider:**

Nazwa.................................................................................................................................

Siedziba/m-ce zam.: ..............................kod....................ul.............................................................

nr telefonu/fax. ................................................. MŚP1) □ – TAK, □ – NIE \*właściwe zaznaczyć

http:// ............................... e-mail: ...........................

**członek konsorcjum:** Nazwa.................................................................................................................................

Siedziba/m-ce zam.: ..............................kod....................ul.............................................................

nr telefonu/fax. ................................................. MŚP1) □ – TAK, □ – NIE \*właściwe zaznaczyć

http:// ............................... e-mail: ...........................

Osoba upoważniona do kontaktów w trakcie procedury: ................., tel. …………..…., e-mail:……………

Osoba upoważniona do współpracy w zakresie realizacji umowy - w przypadku wyboru oferty jako najkorzystniejszej: …………………….tel.…………………… e-mail…………………………………

1. Zgłaszam swój udział w przetargu nieograniczonym na „**dostawę i wdrożenie Zintegrowanego Systemu Informatycznego dla Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej wraz z dostawą i uruchomieniem infrastruktury informatycznej**” realizowanego w ramach " Informatyzacja aptek szpitalnych poprzez stworzenie systemu przechowywania i dystrybucji leków w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Tytusa Chałubińskiego i szpitalach partnerskich.”
2. **Oferuję realizację zamówienia, zgodnie ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, według następujących warunków cenowych:**

**Całkowita cena netto: ……………………………… zł. (słownie: ………………………..).**

**Całkowita cena brutto: ……………………………… zł. (słownie: ………………………..).**

**w tym cena brutto za wykonanie:**

**1) etapu I wynosi …....................................................................................................................**

**2) etapu II wynosi …....................................................................................................................**

**3) etapu III wynosi …....................................................................................................................**

**4) etapu IV wynosi …....................................................................................................................**

**5) etapu V wynosi …....................................................................................................................**

**6) etapu VI wynosi …....................................................................................................................**

**7) etapu VII wynosi …....................................................................................................................**

**8) etapu VIII wynosi ....................................................................................................................**

1. Akceptuję 30-dniowy termin płatności od daty wystawienia prawidłowo wystawionej faktury VAT.
2. **Poświadczamy wniesienie wadium**, w kwocie określonej w Siwz, **w formie**...........................................

Zwrotu wadium należy dokonać w formie elektronicznej na adres e-mailowy Gwaranta ……………………… *(należy uzupełnić w przypadku wniesienia wadium w formie gwarancji bankowej/ubezpieczeniowej).*

1. Oświadczam, że jestem związany ofertą w terminie wskazanym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnoszę do niej żadnych zastrzeżeń. Tym samym zobowiązuję się do spełnienia wszystkich warunków zawartych w SIWZ.
3. Oświadczam, że akceptuję wzór umowy. Jednocześnie zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty podpisać umowę bez zastrzeżeń, w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że usługę objętą zamówieniem wykonam\*:

- siłami własnymi, tj. bez udziału podwykonawców,

- przy udziale podwykonawców

**(informację o podwykonawcach proszę zamieścić w Załączniku nr 7 do SIWZ ).**

1. Informacja, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego: TAK/NIE \*.

\**(właściwe zakreślić)*.

W przypadku zakreślenia TAK - wskazanie nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania:

 ……………………………………………………………………………………….……

oraz

wskazanie ich wartości bez kwoty podatku …………………….…………………………

1. Wykonawca potwierdza, że spełnia wszystkie wymagania obligatoryjne, zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SIWZ
2. **Wykonawca potwierdza, że spełnia następujące wymagania dodatkowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis** | **Spełnia****TAK/NIE** |
|  | **Wymagania ogólne** |  |
|  | Podczas uruchamiania systemu, użytkownik musi mieć możliwość wybrania wersji językowej |  |
|  | System powinien umożliwiać zapamiętanie zdefiniowanych kryteriów wyszukiwania z dokładnością dla jednostki i użytkownika |  |
|  | System powinien umożliwić definiowanie wiadomości, których wysłanie jest inicjowane zdarzeniem: zlecenie leku, badania, wynik badania, zamówienie na lek do apteki, przeterminowane podania. |  |
|  | System powinien zapewniać mechanizm powiadomień generowanych automatycznie w związku ze śledzeniem stanu realizacji zleceń, wyników badań, zamówień do apteki. |  |
|  | System musi przechowywać historię zmian danych osobowych pacjenta. Wgląd w dane medyczne sprzed zmiany danych osobowych powinno umożliwić przeglądanie i wydruk dokumentacji z danymi pacjenta aktualnymi na dzień tworzenia tej dokumentacji. |  |
|  | System musi umożliwić wyświetlenie miniatury zdjęcia pacjenta w nagłówku z podstawowymi danymi pacjenta na ekranach prezentujących dane wizyty/ pobytu. |  |
|  | **Oddział** |  |
|  | System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście wg różnych parametrów, w tym: - stan pacjenta, - status pacjenta (przysłany z IP, przebywający na oddziale, skierowany do innej jednostki, na przepustce, uciekinier), - status eWUŚ, - identyfikator pacjenta, - lekarz prowadzący, - nazwisko i imię, - nr księgi głównej, - rozpoznanie, - płatnik, - nr kartoteki i karty pacjenta, - zlecenia modyfikowane w ciągu ostatnich X godzin, - z aktualnymi zleceniami leków, - obsługiwani w innych jednostkach, - z przepustkami do zatwierdzenia, - zlecenia leków do potwierdzenia, - obsługiwani w trybie IOM,- bez obserwacji lekarskich w zakresie dat od.. do…, - wyszukanie pacjenta z wykorzystaniem kodu paskowego z opaski, - osoby poniżej określonego wieku (roku życia).- status sprzedaży- pacjentów oddziału z przepustką zaplanowaną na dany dzień.- pacjentów po danych pielęgniarki prowadzącej.- odfiltrowanie listy pacjentów tylko do takich co posiadają alergie |  |
|  | System musi umożliwiać przeglądanie historii choroby, wyników badań, zleceń z wielu pobytów na jednym ekranie; z możliwością konfiguracji kategorii danych. |  |
|  | System musi umożliwić, podczas przenoszenia pacjenta na inny oddział, przepięcie zleceń i kart pomocniczych pacjenta do dokumentacji nowego oddziału. |  |
|  | System musi umożliwiać rozszerzenie definicji diagnoz i procedur pielęgniarskich o diagnozy i interwencje wg klasyfikacji INCP. |  |
|  | System powinien umożliwić, podczas wystawiania recepty, kopiowanie leku z listy leków podanych i zlecanych podczas hospitalizacji. |  |
|  | **Zlecenia** |  |
|  | System musi umożliwić graficzne oznaczenie zleceń wymagających potwierdzenia rozpoczęcia lub kontynuacji. |  |
|  | System musi zapewnić możliwość przeglądania wyników liczbowych w postaci graficznej (badanie trendu) z uwzględnieniem wykonanych procedur i podanych leków na osi czasu. |  |
|  | **Gabinet Lekarski** |  |
|  | System musi umożliwiać:- rejestrowanie treści głosowych w zastępstwie opisów tekstowych,- odsłuchanie oraz przetwarzanie nagranych notatek głosowych przez operatora na tekst, prezentowany w miejscu dodania notatki,- rozpoczęcie/wstrzymanie nagrywania oraz odsłuch i usunięcie nagranej notatki głosowej. |  |
|  | System musi umożliwiać ewidencję oceny Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia pacjenta (ICF). Użytkownik musi mieć możliwość wprowadzenia wszystkich kodów ewidencji z poziomu jednego ekranu. |  |
|  | **Rejestracja** |  |
|  | System musi umożliwiać potwierdzanie i odrzucanie przez pacjenta terminu wizyty poprzez wybrany kanał komunikacyjny: - link potwierdzający lub anulujący przesłany na e-mail lub na konto pacjenta  w Medycznym Portalu Informacyjnym- sms (wymagana bramka obsługująca komunikaty zwrotne) |  |
|  | **Apteka** |  |
|  | System musi umożliwiać definiowanie zamienników dla wybranych lekówW systemie musi być możliwość przypisania leku do grupy odpowiedników/zamienników. |  |
|  | System umożliwia obsługę magazynu depozytów w szczególności: - konfigurację magazynu depozytów obejmującą możliwość definiowania dokumentu oraz możliwość oraz karty materiału depozytowego, - obsługę dokumentów: \* przyjęcie materiałów w depozyt, \* faktura depozytowa, \* korekta faktury depozytowej, \* rozchód depozytowy na pacjenta. \* rozchód depozytowy bez pacjenta \* korekta rozchodu depozytowego |  |
|  | **Blok Operacyjny** |  |
|  | System powinien umożliwiać planowanie zabiegów dla pacjentów kierowanych na zabieg z innych jednostek organizacyjnych |  |
|  | **Rehabilitacja** |  |
|  | System musi mieć możliwość symulacji terminów wskazanych zabiegów zanim zostaną wprowadzone dane skierowania pacjenta  |  |

**Oferuję następujący system informatyczny:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **system** | **Nazwa oprogramowania** | **Producent/wersja** |
| System HIS część medyczna |  |  |
| System ERP cześć administracyjna |  |  |
| Platforma szkoleń e-Learning |  |  |
| -e-usługi |  |  |
| System gospodarki lekiem |  |  |
| Elektroniczna karta znieczuleń |  |  |

1. **Wykonawca oświadcza, że oferowany poniżej sprzęt i oprogramowanie spełnia wymagania zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SIWZ rozdział 2.11:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **Pozycja w załączniku nr 1** | **Producent/model lub wersja** |
| 1. 1
 | 2.11.1 Macierz pamięci masowej  |  |
|  | 2.11.2. Przełącznik sieciowy wraz z wyposażeniem |  |
|  | 2.11.3. Serwer aplikacyjny |  |
|  | 2.11.4 System bazodanowy |  |
|  | 2.11.5. Zapora sieciowa |  |
|  | 2.11.6. Licencja dostępowa CAL |  |
|  | 2.11.7. Serwerowy system operacyjny |  |
|  | 2.11.8. Licencje na serwerowy system operacyjny - CAL |  |
|  | 2.11.9. Oprogramowanie bazodanowe |  |
|  | 2.11.10. Oprogramowanie wirtualizacyjne |  |
|  | 2.11.11 Serwerowy system operacyjny (data center) i Serwerowy system operacyjny (data center - dodatkowa licencja)  |  |
|  | 2.11.12. Oprogramowanie antywirusowe |  |

1. Ofertę niniejszą wraz z załącznikami składam na …………. kolejno ponumerowanych stronach.
2. Do niniejszej oferty załączam:
3. ..............................................................
4. ..............................................................

Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny aktualny na dzień otwarcia ofert.

............................., dnia ...............................

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

(data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

\*)niepotrzebne skreślić