**Załącznik nr 1**

…………………………….. ……………………………..

Nazwa i adres (pieczęć Wykonawcy) miejscowość i data

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **Nazwa i adres Zamawiającego**

……………………………..

……………………………..

……………………………..

Telefon; ……………………………..

e-mail: ……………………………..

2. **Nazwa przedmiotu zamówienia**.

**Dostawa „opasek bezpieczeństwa”, dedykowanych do świadczenia usługi opieki na odległość na rzecz osób starszych - mieszkańców** …………………………….. **, powyżej 60 roku życia oraz świadczenie usługi obsługi systemu polegającego na sprawowaniu całodobowej opieki na odległość nad seniorami przez centrum monitoringu.**

3. Ja (my) niżej podpisany (i) składam(y) ofertę na ……………………………..  **„opasek bezpieczeństwa”, dedykowanych do świadczenia usługi opieki na odległość na rzecz osób starszych - mieszkańców** …………………………….. **, powyżej 60 roku życia oraz świadczenie usługi obsługi systemu polegającego na sprawowaniu całodobowej opieki na odległość nad seniorami przez centrum monitoringu**.” i oświadczam(y), że:

1) 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,

2) Spełniam (my) warunki udziału w postępowaniu w zakresie doświadczenia, potencjału technicznego   
oraz potencjału osobowego,

3) Oświadczam że nie podlegam wykluczeniu z postepowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

4) 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 dla minimum 10 zamawiających obejmujące każda z usług: dostawy co najmniej …………………………….. opasek wraz ze świadczenie usługi teleopieki przez okres co najmniej roku, do których dołączam referencje:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot usługi** | **Okres wykonywania usługi** | **Liczba podopiecznych objętych usługą** | **Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |

5) 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 |  |

4. Oferuję (jemy) miesięczną cenę brutto oferty:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Rodzaj** | **Cena jednostkowa netto** | **Stawka Vat** | **Cena jednostkowa brutto** | **Cenna netto za całość zamówienia (cena jednostkowa x ……… szt.)** | **Cena brutto za całość zamówienia (cena jednostkowa x ………. szt.)** |
| **1.** | Opaska bezpieczeństwa |  |  |  |  |  |
| **2.** | Usługa opieki na odległość przy wykorzystaniu opasek bezpieczeństwa 24h/7/365 |  |  |  |  |  |
| Razem: poz. 1 i 2 |  |  |

Słownie:………………………………………………………………………………..

5. Oferuje następującą opaskę (producent, model) ………………………………………….

Okres gwarancji: …………

Dodatkowa punktacja:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| urządzenie posiada medyczne pomiary pulsu i saturacji – potwierdzone certyfikatem CE wraz z numerem jednostki notyfikowanej, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG | TAK / NIE | 30 pkt |
| urządzenie jest przeznaczone dla osób starszych, tj. nie posiada wyświetlacza lub posiada czytelny wyświetlacz o przekątnej min. 1,2 cala. | TAK / NIE | 10 pkt |
| urządzenie posiada dodatkowe funkcjonalności pomiar kroków | TAK / NIE | 5 pkt |
| urządzenie posiada dodatkowe funkcjonalności pomiar spalonych kalorii | TAK / NIE | 5 pkt |

6. Zdobyłem (liśmy) wszelkie informacje konieczne do przygotowania niniejszej oferty i realizacji zamówienia.

7. Oferowana cena obejmuje wszelkie koszty, jakie poniesie Wykonawca z tytułu należytej oraz zgodnej   
z obowiązującymi przepisami realizacji przedmiotu zamówienia.

8. Akceptuję (my) warunki płatności: w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.

9. Termin związania ofertą wynosi 60 dni.

10. Załączniki do oferty:

* dokumenty potwierdzające umocowanie do złożenia oferty;

………………………………………

Podpis osoby uprawnionej do składania

oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy