**Załącznik nr 2 – Formularz Ofertowy**

|  |
| --- |
| ………………………………………..……*(pieczęć Wykonawcy)* |

…………………………………….…

*(miejscowość, data)*

**OFERTA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA WYKONAWCY, NIP** | **ADRES**  |
|  |  |

**OSOBA DO KONTAKTU:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | ……………………………………………………………………………………. |
| Instytucja: | …………………………………………………………………………………… |
| Adres: | ………….........…………………………………………………………………… |
| Telefon | …………………………………………………………………………………… |
| Fax: | …………………….……………………………………………………………… |
| E-Mail:  |  ……………...…………………………………………………………………….. |

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe z dnia *24.08.2023 r.* ***na dostawę i wdrożenie systemu do automatycznego tworzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznejpotrzeby realizacji projektu Zielone technologie w Szpitalu Specjalistycznym Pro - Familia realizowanego w ramach oś priorytetowa 19 Norweski Mechanizm Finansowy 2014-2021 działanie 19.1 Nowe Produkty i Inwestycje poddziałanie 19.1.1 Technologie przyjazne środowisku - Green growth, wniosek o dofinansowanie nr NORW.19.01.01-18-0008/20*** składam/y następującą ofertę cenową dotyczącą realizacji przedmiotu zamówienia szczegółowo opisanego w zapytaniu ofertowym oraz w załączniku nr 1 do zapytania ofertowego:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena netto w zł** | **VAT** | **Cena brutto w zł** |
| 1. | Dostawa i wdrożenie systemu do automatycznego tworzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej – nabycia środków trwałych |  | stawka..............wartość .................... |  |
| 2. | Dostawa i wdrożenie systemu do automatycznego tworzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej – nabycia wartości niematerialnych i prawnych |  | stawka..............wartość .................... |  |

1. Deklaruję/my termin realizacji umowy w okresie wskazanym w zapytaniu ofertowym.
2. Oświadczam/y, że zapoznałam/em/liśmy się z zapytaniem ofertowym oraz uzyskałam/em/liśmy konieczne informacje/wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty. Składając ofertę akceptuję postanowienia zapytania ofertowego.
3. Oświadczam/y, że uważam/y się za związaną/ego/ych niniejszą ofertą na czas wskazany w zapytaniu ofertowym, a w przypadku wyboru oferty do czasu zawarcia Umowy.
4. Zobowiązuję/emy się w przypadku przyznania zamówienia, do zawarcia Umowy, według wzoru przedstawionego przez Zamawiającego oraz w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego w piśmie akceptującym.
5. Oświadczam/y, iż wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są aktualne i prawdziwe oraz spełniam/y wszelkie warunki wymagane zapytaniem ofertowym.
6. Oświadczam/y, że:
7. posiadam/y uprawnienia do wykonywania działalności i czynności objętych przedmiotem zamówienia, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
8. posiada/my niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu zamówienia;
9. dysponuję/my potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
10. znajduję/my się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
11. nie znjaduję/my się w stanie upadłości lub likwidacji.
12. Wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne o których mowa w art. 13 oraz obowiązki informacyjne o których mowa w art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie
o ochronie danych) wobec osób fizycznych, których dane osobowe zostały udostępnione Zamawiającemu w związku z realizacją projektuZielone technologie w Szpitalu Specjalistycznym Pro - Familia realizowanego w ramach osi priorytetowa 19 Norweski Mechanizm Finansowy 2014-2021.
13. W zakresie obowiązku określonego w Zapytaniu ofertowym w pkt VI. Ust 1. Lit. a): Dokumenty potwierdzające 2 dostawy i dwóch integracji systemów informatycznych z systemami typu HIS w placówkach medycznych zakończonych wdrożeniem produkcyjnym projektach informatycznych dot. wdrożeń dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, o wartości nie mniejszej niż 200 000 PLN brutto każdy – w okresie 36 miesięcy poprzedzających złożenie oferty, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie. Na potwierdzenie spełnienia warunku dopuszcza się przedstawienia kserokopii protokołów zdawczo-odbiorczych lub kopii referencji.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa dostawy | Wartość dostawy PLN | Nazwa nabywcy | Data dostawy(DD-MM-RRRR) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 …………………………………………………

*(Pieczęć firmowa i podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Załączniki:**

1.…………………………………

2. ……………………………………

3. ……………………………………

4. ……………………………………