*Nr sprawy: ZP-Z.37.2024*  ***Załącznik nr 1***

**FORMULARZ OFERTOWY WRAZ Z POTWIERDZENIEM PARAMETRÓW**

**Nazwa Wykonawcy: .............................................................................................................................................................**

**Adres Wykonawcy: ............................................................................................................................................................**

**NIP…………………………………… REGON ...................................................................**

**Nr telefonu: ............................. Nr faxu ..................... adres e-mail ……………………………….**

Odpowiadając na zaproszenie do składania ofert dla pisemnego przetargu nieograniczonego, którego przedmiotem zamówienia jest „**Zainstalowanie i uruchomienie systemu telewizji szpitalnej do odpłatnego odbioru programów w SPZOZ w Krasnymstawie** **”**

**Oferuję wartość …….….% od utargu za 1 miesiąc**

# **Wymagania systemu telewizji szpitalnej:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
|  | Wykonawca zakupi oraz zainstaluje min. 64 szt. telewizorów umożliwiających odbiór niekodowanych programów polskojęzycznych. | **TAK** |  |
|  | Należy zastosować odbiorniki (TV) energooszczędne LED min. 43”. Zamawiający dopuszcza 32” stosując technologię LED | **TAK** |  |
|  | Piloty do TV | **TAK** |  |
|  | Podwójna izolacja, klasa II niepalny | **TAK** |  |
|  | Wykonawca zapewni uchwyty TV, okablowanie oraz niezbędne przyłącza (szt.64) | **TAK** |  |
|  | Wykonawca zapewni dostęp do min. 15 programów polskojęzycznych, w tym obowiązkowo: TVP1, TVP2, TVN, Polsat oraz TV Trwam. Wykonawca dopuszcza większą ilość programów. | **TAK** |  |
|  | Wykonawca utworzy system poboru opłat za korzystanie z odbiorników TV. | **TAK** |  |
|  | Wykonawca utworzy jedno stanowisko (TV) bezpłatne na Oddziale Dziecięcym. | **TAK** |  |
|  | Wykonawca umożliwi zapłatę w bilonie, banknotem lub kartą, ale dopuszcza infokioski, przyjmowanie płatności bilon i banknoty, kod QR | **TAK** |  |
|  | Wykonawca utworzy rozwiązanie, które umożliwi włączenie do systemu telewizji szpitalnej dwóch bezpłatnych kanałów (jednego istniejącego) oraz wygenerowanie drugiego służącego m.in. do przekazywania treści informacyjnych (prezentacje, wykłady, filmy, itp) na telewizory szpitala. Ponadto zapewni dostęp zdalny do powyższego rozwiązania (np. serwer, komputer). | **TAK** |  |
|  | Zainstalowanie 3 odbiorników telewizyjnych i włączenie ich do systemu telewizji szpitalnej w obszarze SOR, IZBA PRZYJĘĆ oraz NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ w celu transmisji programów informacyjnych Szpitala patrz pkt 10) i nieodpłatne dołączenie jednego kanału po uzgodnieniu z Zamawiającym | **TAK** |  |
|  | Budynek główny szpitala, Budynek Neurologiczny, Budynek ZOL; Wykonawca zapewni połączenie i uruchomienie jednego wspólnego sytemu telewizji szpitalnej dla ww. obiektów. | **TAK** |  |
|  | Automaty wrzutowe umożliwiające korzystanie z odbiorników przyjmujących bilon wielomonetowy, banknot i karta automaty mają znajdować się na każdej sali szpitalnej z zamontowanym systemem telewizji szpitalnej. Dodatkowo Zamawiający dopuszcza:  - infokioski-wpłatomaty umieszczone w wybranych wspólnie miejscach Szpitala,  - w każdym urządzeniu drukarka fiskalna drukująca paragon fiskalny i e-paragony wraz z następującymi informacjami: data zakupu, numer sali, czas aktywacji, unikalne dane identyfikacyjne transakcji,  - przyjmowanie płatności: bilon i banknoty, wydawanie reszty w banknotach i bilonie + terminal płatniczy do płatności kartą wraz z pin padem,  - możliwość zrealizowania płatności poza kioskiem, bezpośrednio w sali chorych, z łóżka, za pomocą QR kodu | **TAK** |  |
|  | W ramach dostaw Wykonawca dokona uruchomienia i konfiguracji systemu telewizji szpitalnej w zakresie wskazanym przez Zamawiającego i obejmującym wymagane przez Zamawiającego funkcjonalności | **TAK** |  |
|  | Wykonawca przed planowanym wdrożeniem skonsultuje z Zamawiającym dokładny zakres prac, który Zamawiający musi zatwierdzić lub może wprowadzić zmiany | **TAK** |  |

## **Gwarancja:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
| 1. | Naprawa, instalacja oraz wymiana dostarczonych urządzeń systemu telewizji szpitalnej należy do Wykonawcy. | **TAK** |  |
| 2. | Wykonawca zapewni gwarancję na dostarczone rozwiązania na cały okres trwania umowy. | **TAK** |  |

## **Dodatkowe informacje:**

|  |  |
| --- | --- |
| **LP** | **Opis** |
| 1. | Zamawiający posiada 3 obiekty: Budynek główny szpitala (Głowackiego 3), Budynek Neurologiczny (Sobieskiego 4c), Budynek ZOL (Okrzei 17) , które należy połączyć jedną siecią. W tym celu istnieje możliwość wykorzystania istniejących kanałów sieci logicznej położonych miedzy budynkami a także serwerowni w budynku ZOL oraz istniejącej sieci w budynkach szpitala na wszystkich odbiornikach szpitala. |
| 2. | Przed złożeniem oferty istnieje możliwość przeprowadzenia wizji lokalnej. |
| 3. | Zamawiający będzie naliczał koszty energii elektrycznej od zainstalowanych urządzeń. |
| 4. | Rozliczenie będzie miało miejsce 1 raz w miesiącu. |
| 5. | Czas trwania umowy 10 lat. |
| 6. | Wykonanie prac związanych z montażem telewizji szpitalnej bez zakłócenia normalnego funkcjonowania szpitala |
| 7. | Odpłatność za korzystanie z TV za czas: (wypełnia oferent)   1. 2h - ……………. 2. 24 h - …………… 3. 48 h - ………….. 4. 1 doba ………….. 5. 3 dni …………… 6. 5 dni …………... 7. 7 dni …………... |

Oświadczenia:

1. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z warunkami ofertowymi, udostępnionymi przez Zamawiającego i nie wnoszę/my do niej żadnych zastrzeżeń.
2. Przedmiotowe zamówienie zobowiązuję/emy się wykonać zgodnie z wymaganiami określonymi w warunkach ofertowych
3. W razie wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuję/zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych – Samodzielny Publiczny Zespół opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie, ul. Sobieskiego 4, 22-300 Krasnystaw , KRS 0000097765 w celu związanym z prowadzonym postępowaniem na **„Zainstalowanie i uruchomienie systemu telewizji szpitalnej do odpłatnego odbioru programów w SPZOZ w Krasnymstawie”**
5. Oświadczam, że dane osobowe podaję dobrowolnie i zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej stanowiącej Załącznik Nr 2 do zaproszenia do składania ofert w postępowaniu na **„Zainstalowanie i uruchomienie systemu telewizji szpitalnej do odpłatnego odbioru programów w SPZOZ w Krasnymstawie”** w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiani
6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO2 wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
7. Przyjmuję do wiadomości, że informacje zawarte w niniejszym formularzu ofertowym stanowią informację publiczną w rozumieniu ustawy z dnia 06 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902) i wyrażam zgodę na ich udostępnienie w trybie tejże ustawy.

Oświadczam, że wraz z ofertą składam następujące dokumenty:

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

*…………………………………………………………………. ………………………………………………………….*

*Miejscowość i data Podpis Wykonawcy*