*Nr sprawy: ZP-Z.79.2024 załącznik nr 1*

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

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

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

Nr telefonu: .....................................Nr faxu ................................. adres e΄mail ……………………………..……………………………………………….

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe w postępowaniu o udzielenie zamówienia o wartości szacunkowej netto nie przekraczającej 130 000 zł, którego przedmiotem zamówienia jest:

**Świadczenie usługi serwisowej rezonansu magnetycznego MR OPTIMA 360**

proponujemy realizację zamówienia na następujących warunkach:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cena za miesiąc netto** | **Wartość netto za 24 miesiące** | **VAT(%....)** | **Wartość za 24 miesiące brutto** |
|  |  |  |  |

Słownie brutto……………………………………………………………………………....................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
|  | **Dane aparatu** | | |
|  | Planowane przeglądy techniczne (4 w roku) – obejmujące kontrole bezpieczeństwa i sprawności technicznej aparatu obejmujące zakres wymagany przez producenta aparatu oraz instrukcje obsługi z wymianą wszystkich zalecanych przy przeglądzie części. | **TAK** |  |
|  | Wystawienie certyfikatu sprawności urządzenia po wykonanym przeglądzie i przeprowadzonych naprawach. | **TAK** |  |
|  | Po przeprowadzonym przeglądzie oraz każdej wykonanej naprawie kontrola jakości obrazowania z wykorzystaniem dedykowanych fantomów, przyrządów pomiarowych i oprogramowania w zależności od wymagań | **TAK** |  |
|  | W pierwszym miesiącu trwania umowy przedstawienie harmonogramu przeglądów na cały okres jej trwania | **TAK** |  |
|  | Pomoc telefoniczna aplikanta dotycząca oprogramowania podczas wykonywania badań oraz min trzykrotnie w ciągu trwania umowy 8 godzinne szkolenie w siedzibie zamawiającego w ustalonym terminie | **TAK** |  |
|  | Zdalne diagnozowanie uszkodzeń poprzez sieć komputerową oraz naprawy oprogramowania. Rozwiązanie zgodne z normą ISO 27001 potwierdzone certyfikatem | **TAK** |  |
|  | Prace inżynierów serwisowych bez limitów – robocizna oraz dojazdy podczas wykonywania napraw | **TAK** |  |
|  | Pracę inżynierów serwisowych bez limitów – robocizna oraz dojazdy podczas napraw wymiany części, które uległy awarii (koszt wymienianych części pokrywa zamawiający) | **TAK** |  |
|  | Czas reakcji zdalnej do 1,5 godz. od zgłoszenia w dni robocze w godzinach pracy serwisu tj. połączenie się komputerowe z urządzeniem. Połączenie za pomocą zabezpieczonego tunelu VPN, z pobraniem obrazów w celu analizy artefaktów, oraz możliwości analizy błędów oraz zdalnej naprawy błędów oprogramowania | **TAK** |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie w dni robocze w godzinach pracy serwisu w siedzibie Zamawiającego do max 48 godz. liczone od momentu zgłoszenia bez uwzględnienia godzin pracy serwisu | **16godzin -5pkt**  **20godzin - 4pkt**  **24godziny - 3pkt**  **30 godzin – 2 pkt**  **36 godzin - 1pkt**  **48godzin - 0pkt** |  |
|  | Całodobowa pomoc telefoniczna inżyniera serwisu 7 dni w tygodniu z uwzględnieniem dni ustawowo wolnych od pracy zgłaszana z trzech wskazanych przez zamawiającego numerów telefonów | **TAK** |  |
|  | Potwierdzenie każdej czynności przy aparacie zarówno zdalnie jak i fizycznie raportem serwisowym wysyłanym na podany adres e-mail do 24 godz. od zakończenia czynności | **TAK** |  |
|  | Zgłoszenia awarii w czasie godzin pracy serwisu przyjmowane telefonicznie | **TAK** |  |
|  | Zgłoszenia awarii po godzinach pracy serwisu zgłaszane mailowo | **TAK** |  |
|  | Odpowiedz mailowa z potwierdzeniem przyjęcia zgłoszenia telefonicznego zamawiającego do 2,5 godz. od zgłoszenia | **TAK** |  |
|  | Odpowiedz mailowa z potwierdzeniem przyjęcia zgłoszenia mailowego zamawiającego do 48 godz. od zgłoszenia | **TAK** |  |
|  | Przedstawienie oferty na części w ciągu 24 godzin od zakończenia pracy inżyniera | **TAK** |  |
|  | Wszystkie części zamienne oraz materiały zużywalne wymieniane w ramach kontraktu są oryginalne tj. zgodne z fabryczną konfiguracją aparatu oraz zaleceniami instrukcji obsługi. | **TAK** |  |
|  | Wymiana uszkodzonych części w ciągu 3 dni (w przypadku części nie dostępnych w kraju 5 dni roboczych) od akceptacji ze strony zamawiającego | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty imienne wystawione przez uprawniony podmiot potwierdzające kompetencje wszystkich inżynierów obsługujących tomograf będący przedmiotem zamówienia | **TAK** |  |
|  | Certyfikat:  ISO 9001; ISO 13485; ISO 14001; ISO 45001; ISO 27001 | **TAK** |  |
|  | Gwarancja na wymienione części wynikające z procedur przeglądowych oraz na wykonane naprawy min 12 miesięcy | **TAK** |  |
|  | Zamawiający zastrzega sobie prawo wykonywania napraw i weryfikacji wykonanych czynności serwisowych przez firmę trzecią | **TAK** |  |
|  | W przypadku awarii którejkolwiek cewki wykonawca zobowiązany jest na dostarczenie cewki zamiennej w ciągu 3 dni roboczych oraz jej bezpłatne wypożyczenie na czas min 30 dni od momentu wystawienia oferty na naprawę lub zakup nowej cewki | **TAK** |  |
|  | Demonstracja możliwości zdalnej diagnostyki przed podpisaniem umowy serwisowej | **TAK** |  |

**Czas reakcji na zgłoszenie awarii w miejscu instalacji:………… godzin**

**Uwaga!** Ceny w ofercie muszą być podane do 2 miejsc po przecinku.

**Oświadczam, że:**

1.Zapoznałem się ze wzorem umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na warunkach w niej zawartych.

2. Oświadczam, że wszystkie użyte do naprawy części są nowe i oryginalne tj. zgodne z fabryczną konfiguracją aparatu oraz zaleceniami instrukcji obsługi.

3. .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:” Świadczenie usługi serwisowej Rezonansu Magnetycznego MR Optima 360

4. Oświadczam, że dane osobowe podaję dobrowolnie i zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej stanowiącej Załącznik Nr 2 do zaproszenia do składania ofert w postępowaniu na:”Świadczenie usługi serwisowej Rezonansu Magnetycznego MR Optima 360

w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiani, który to fakt potwierdzam własnoręcznym podpisem.

1. Oświadczam, że wraz z ofertą składam następujące dokumenty:

……………………………………………………………………..

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

……………………………………………………………………….

……………………………………………………………. ……………………………………………………

*Miejscowość i data Podpis Wykonawcy*