

....., dnia 2024 r.

FORMULARZ OFERTOWY

na zakup 10 sztuk urządzeń pozwalających realizować usługę „opieka na odległość” na rzecz osób w wieku 60 lat i więcej z terenu gminy Głogów Małopolski, przy wykorzystaniu tzw. „opasek bezpieczeństwa”, a także usługi obejmującej całodobową obsługę przez centrum monitoringu, systemu teleinformatycznego pozwalającego na realizację usługi „opieki na odległość”.

o wartości nieprzekraczającej kwoty 130 000,00 zł

I. Nazwa i adres Zamawiającego:

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Głogowie Małopolskim

z siedzibą: ul. Fabryczna 17; 36-060 Głogów Małopolski

Poczta elektroniczna: glogowmlp@ops.net.pl

II. Termin wykonania zamówienia i warunki płatności:

- 1) Termin dostawy opasek: **czerwiec 2024 r.**;
- 2) obsługa systemu (w tym funkcjonowanie centrum monitoringu): **od podpisania umowy do 31 grudnia 2024r.** (planowany termin: lipiec 2024r. – grudzień 2024r.)
- 3) Warunki płatności: **przelew**

III. Dane Wykonawcy:

Nazwa:

.....

Siedziba:

.....

Adres email:

Tel.

IV. Oferta Wykonawcy:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

Zamówienie					
Lp.	Rodzaj	Cena jednostkowa netto	Stawka Vat	Cena jednostkowa brutto	Cena brutto za całość zamówienia
1.	Opaska bezpieczeństwa				(cena jednostkowa opaski x 10 szt. opasek)
2.	Abonamentowa (1-mc) usługa opieki na odległość przy wykorzystaniu urządzeń bezpieczeństwa dostarczonych przez Wykonawcę 24h/7/365				(cena jednego m-ca abonamentu x 6 m-cy x 10 osób)
	Suma poz.1 + poz.2				

Całość zamówienia :

Łączna wartość oferty słownie (netto i brutto):

Wartość netto –

(słownie:)

Wartość brutto –

(słownie:)

V. Oferujemy następującą opaskę (producent , model)

.....

VI. Kryterium „Funkcje jakościowe i użytkowe”

Urządzenie posiada możliwość bezprzewodowego ładowania indukcyjnego /magnetycznego poprzez stację dokującą	TAK/NIE*	5 pkt.
Urządzenie jest wyrobem medycznym klasy min. 2a – posiada pomiar saturacji i tętna zgodny z normą en ISO 80601-2-61:2019. Do oferty należy dołączyć potwierdzenie/certyfikat lub raport z badań laboratoryjnych	TAK/NIE*	25 pkt.

* - niepotrzebne skreślić

data, pieczęć i podpis Wykonawcy

