Załącznik nr 1 do SWZ

**Nadzór autorski nad systemem AMMS i Infomedica oraz wsparcie serwisowe na okres 12 miesięcy.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Przedmiot zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** |
|  | ***1*** | *2* | *3* |
| 1. | **Świadczenie usług nadzoru autorskiego** | miesiąc | 12 |
| 2. | **Świadczenie usług serwisowych w ramach zamówienia podstawowego** | godzina | 1008 |
| 3. | **świadczenie usług serwisowych w ramach prawa opcji** | godzina | 504 |

**I Objęcie nadzorem autorskim modułów Oprogramowania Aplikacyjnego polegającego na:**

* 1. udostępnienie Korekt Oprogramowania Aplikacyjnego, w przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego Błędu Oprogramowania Aplikacyjnego:
     1. w przypadku Błędu krytycznego:
        1. Czas reakcji Wykonawcy na zgłoszenie Zamawiającego wynosi maksymalnie 1 Dzień roboczy;
        2. w przypadku wystąpienia Błędu krytycznego Wykonawca może wprowadzić tzw. rozwiązanie tymczasowe, w takim przypadku dalsza obsługa usunięcia dotychczasowego błędu krytycznego będzie traktowana jako błąd zwykły;
     2. w przypadku błędów zwykłych:
        1. Czas reakcji Wykonawcy na zgłoszenie Zamawiającego wynosi do 15 Dni roboczych;
        2. czas udostępnienia Zamawiającemu odpowiednich Korekt Oprogramowania Aplikacyjnego wyniesie do 60 Dni roboczych od chwili rozpoczęcia czynności zmierzających do usunięcia błędu;
     3. czas reakcji i czas udostępnienia Zamawiającemu odpowiednich Korekt Oprogramowania Aplikacyjnego ulega wydłużeniu o czas oczekiwania na przedstawienie przez Zamawiającego uzupełniających informacji, niezbędnych do usunięcia błędu, liczony od momentu wystąpienia z mailowym zapytaniem przez Wykonawcę lub zapytaniem o dodatkowe informacje przekazanym przez witrynę internetową CHD, do momentu udzielenia odpowiedzi na witrynie CHD lub droga mailową;
     4. w wyjątkowych wypadkach, za zgodą Zamawiającego, czas dokonania Korekt będzie uzgodniony pomiędzy Wykonawcą i Zamawiającym;
     5. w przypadku, gdy formularz zgłoszenia Błędu zostanie przyjęty przez Wykonawcę:
        1. w godzinach pomiędzy 08:00 a 16.00 Dnia roboczego – traktowane jest jak przyjęte danego Dnia roboczego;
        2. w godzinach pomiędzy 16.00 a 24.00 Dnia roboczego – traktowany jest jak przyjęty o godz. 8.00 następnego Dnia roboczego;
        3. w godzinach pomiędzy 0.00 a 8.00 Dnia roboczego – traktowany jest jak przyjęty o godz. 8.00 danego Dnia roboczego;
        4. w dniu ustawowo lub dodatkowo wolnym od pracy – traktowany jest jak przyjęty o godz. 8.00 najbliższego Dnia roboczego;
  2. wprowadzanie zmian w Oprogramowaniu Aplikacyjnym, w zakresie dotyczącym istniejących Funkcji i Funkcjonalności Oprogramowania Aplikacyjnego objętego Umową, w zakresie wymaganym zmianami powszechnie obowiązujących przepisów prawa lub przepisów prawa wewnętrznie obowiązujących Zamawiającego, wydanych na podstawie delegacji ustawowej;
  3. możliwość pisemnego zgłoszenia uwag i propozycji Modyfikacji Oprogramowania Aplikacyjnego;
  4. gotowość przyjmowania i rozpatrywania indywidualnych propozycji zmian (tj. Modyfikacji płatnych) Oprogramowania Aplikacyjnego – propozycji jego udoskonaleń, modyfikacji i rozwoju – oraz zmian obejmujących dodanie nowych Funkcjonalności Oprogramowania Aplikacyjnego;

**II Świadczenie usług serwisowych dla Oprogramowania Aplikacyjnego**

1. W ramach usług serwisowych, z puli godzin serwisowych, Wykonawca zapewnia:
2. korzystanie z Konsultacji u Autoryzowanego Przedstawiciela Serwisowego Wykonawcy, dysponującego pracownikami certyfikowanymi w zakresie obsługi Oprogramowania Aplikacyjnego;
3. Gotowość do świadczenia usług serwisowych, o których mowa w pkt. 3) poniżej, z gwarantowanym czasem przystąpienia do wykonywania przyjętych do realizacji prac w ciągu 4 Dni roboczych od chwili otrzymania zlecenia;
4. udzielanie pomocy technicznej oraz wykonywanie zleconych przez Zamawiającego prac instalacyjnych, konfiguracyjnych, diagnostycznych lub instruktażowych, w zakresie związanym z obsługą i administrowaniem Oprogramowania Aplikacyjnego, z wykorzystaniem zdalnego połączenia, w siedzibie Zamawiającego, Wykonawcy lub Autoryzowanego Przedstawiciela Serwisowego Wykonawcy, w zakresie:
   * 1. przygotowanie środowiska testowego i baz testowych do aktualizacji bazy danych Oprogramowania Aplikacyjnego,
     2. aktualizacja bazy danych Oprogramowania Aplikacyjnego,
     3. aktualizacja Oprogramowania Aplikacyjnego oraz modyfikacja konfiguracji Oprogramowania Aplikacyjnego wymagana przeprowadzoną aktualizacją (w tym formularze, szablony wydruków, raporty i zestawienia),
     4. instalacja i konfiguracja nowych wersji Oprogramowania Aplikacyjnego,
     5. przekazanie informacji na temat Nowych funkcjonalności i zmian wprowadzonych w nowych wersjach Oprogramowania Aplikacyjnego,
     6. pomoc w przywróceniu pracy Oprogramowania Aplikacyjnego w sytuacji Awarii, przy użyciu narzędzi Oprogramowania Systemowego i Bazodanowego, udostępnionych przez Zamawiającego,
     7. pomoc w odtwarzaniu zgromadzonych w Oprogramowaniu Aplikacyjnym danych, na podstawie danych archiwalnych poprawnie zabezpieczonych przez Zamawiającego, przy czym Zamawiający jest odpowiedzialny za wykonywanie kopii baz danych i sprawdzenie poprawności ich odtworzenia na odpowiednich nośnikach,
     8. udzielanie pomocy w zakresie obsługi i administrowania Oprogramowania Aplikacyjnego,
     9. modyfikacja parametrów pracy Oprogramowania Aplikacyjnego poprzez moduł administracyjny,
     10. optymalizowanie konfiguracji Oprogramowania Aplikacyjnego, uwzględniające potrzeby Zamawiającego,
     11. analiza zgłoszeń użytkowników dotyczących pracy Oprogramowania Aplikacyjnego oraz wprowadzanych danych w Oprogramowaniu Aplikacyjnym,
     12. pomoc Zamawiającemu w diagnostyce Błędów i w usuwaniu skutków wystąpienia Błędów Oprogramowania Aplikacyjnego,
     13. pomoc Zamawiającemu w ewidencji zgłoszeń i zamówień usług serwisowych,
     14. usuwanie błędnie wprowadzonych przez użytkowników danych – z poziomu bazy danych, na podstawie pisemnego zlecenia,
     15. poprawa błędnie wprowadzonych przez użytkowników danych – z poziomu bazy danych, na podstawie pisemnego zlecenia,
     16. pomoc przy generowaniu zestawień, raportów (statystycznych, rozliczeniowych, itp.),
     17. przygotowywanie i konfigurowanie definiowalnych formularzy i szablonów dokumentów (np.: raportów, pism i sprawozdań) zgodnie z wymaganiami Zamawiającego,
     18. doradztwo w zakresie rozbudowy środków informatycznych, dokonywanie ponownych instalacji Oprogramowania Aplikacyjnego objętego Umową w przypadkach rozbudowy infrastruktury informatycznej Zamawiającego,
     19. pomoc w generowaniu danych przekazywanych przez Zamawiającego do jednostek nadrzędnych i współpracujących (np. Ministerstwo Finansów, Urząd Skarbowy, Organ Założycielski, Narodowy Fundusz Zdrowia, Wydział Zdrowia, urzędy, banki itp.),
     20. dokonywanie niezbędnych rekonfiguracji i reinstalacji Oprogramowania Aplikacyjnego,
     21. prowadzenie szkoleń dla personelu zamawiającego,
     22. zarządzanie procesami tworzenia kopii zapasowych.
     23. konserwacja instancji bazy danych (kompilacja obiektów bazy, weryfikacja błędów odnotowanych w logach instancji, zarządzanie plikami bazy danych, etc) – 1 raz w m-cu
     24. Zarządzanie procesami tworzenia kopii bezpieczeństwa bazy danych, weryfikacja poprawnego wykonywania kopi zapasowych – 1 raz w m-cu
     25. Weryfikacja elementów mających wpływ na wydajność bazy (w tym zalecenia producenta oprogramowania) – 1 raz w m-cu
     26. Weryfikacja obciążenia serwera bazy danych – 1 raz w m-cu
     27. Weryfikacja zapisów log w serwerach aplikacyjnych (poziom serwerów aplikacji JBoss, Tomcat, Docker) – 1 raz w m-cu
     28. Weryfikacja zapisów log w maszynach na których pracuje/ją serwer/y aplikacyjne (poziom systemu operacyjnego) – 1 raz w m-cu

Zakres przedmiotu zamówienia obejmuje realizację przez Wykonawcę łącznie 1008 godzin usług serwisowych w okresie 12 miesięcy realizacji umowy (zamówienie podstawowe), przy czym minimalny gwarantowany poziom realizacji usługi przez Zamawiającego wynosi 40 godzin usług serwisowych miesięcznie.

**III Świadczenie usług dodatkowych Oprogramowania Aplikacyjnego – Prawo opcji**

1. W ramach usług dodatkowych, świadczonych na podstawie odrębnie płatnych zamówień określających ich przedmiot i zakres, zgodnie z zasadami określonymi w Umowie, Wykonawca zapewnia:
   * + 1. świadczenie usług serwisowych po wyczerpaniu limitu godzin;
       2. konfigurację i przygotowanie Oprogramowania Aplikacyjnego na potrzeby nowych wymagań sprawozdawczych do jednostek nadrzędnych i współpracujących (np. Ministerstwo Finansów, Urząd Skarbowy, Organ Założycielski, Narodowy Fundusz Zdrowia, Wydział Zdrowia, urzędy, banki itp.);
       3. tworzenie i wprowadzanie zmian dodatkowych wydruków, raportów, zestawień;

przewidywany zakres przedmiotu zamówienia objętego prawem opcji wynosi 504godziny

* + 1. Zamawiający zastrzega sobie możliwość skorzystania z prawa opcji, w ramach którego ilość godzin wsparcia (zamówienie podstawowe), może ulec zwiększeniu, uzależnionemu od rzeczywistych potrzeb wynikających z działalności Zamawiającego, z zastrzeżeniem że nie więcej niż o 504 godzin.
    2. W przypadku skorzystania przez Zamawiającego z prawa opcji Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia większej ilości usług na warunkach jak dla zamówienia podstawowego.
    3. Skorzystanie z prawa opcji nie stanowi zmiany umowy.

1. Za wykonanie usług dodatkowych, o których mowa powyżej, Zamawiający zapłaci Wykonawcy dodatkowe wynagrodzenie zgodne z zamówieniem, obliczone przy zastosowaniu stawki … zł netto zawartej w Formularzu wyceny.. Wynagrodzenie za usługi dodatkowe będzie rozliczane na podstawie osobnej faktury VAT. Podstawą do wystawienia faktury za usługi dodatkowe będzie protokół z wykonania usług dodatkowych, podpisany przez Strony, wskazujący zakres usług, daty ich wykonania oraz czasochłonność. Wzór protokołu stanowi załącznik nr 5 do Umowy. Płatność nastąpi przelewem w terminie 45 dni od daty wystawienia każdej faktury VAT, na rachunek bankowy wskazany na fakturze.

**Sposób realizacji usług serwisowych:**

1. Usługi serwisowe realizowane będą w Dni robocze, przy czym Strony dopuszczają wykonywanie aktualizacji oraz usuwanie Awarii w każdy dzień, na podstawie pisemnego (w tym elektronicznego) zlecenia.
2. Usługi wykonywane będą w pomieszczeniach Zamawiającego, w pomieszczeniach Wykonawcy lub APSW, lub za pomocą zdalnego szyfrowanego dostępu.
3. Usługi serwisowe rozliczane będą w następujący sposób:
   1. usługi realizowane w Dni robocze w godzinach pomiędzy 8.00 i 16.00:
      1. Konsultacje rozliczane będą z dokładnością do 0,5 godziny, zaokrąglając w górę, nie mniej niż 0,5 godziny dla zlecenia (Konsultacji),
      2. usługi wykonywane za pomocą zdalnego dostępu rozliczane będą z dokładnością do pełnej godziny, zaokrąglając w górę, nie mniej niż 1 godzina dla zlecenia;
      3. usługi wykonywane w siedzibie Zamawiającego (wizyty) rozliczane będą z dokładnością do pełnej godziny, zaokrąglając w górę, nie mniej niż 6 godzin dla zlecenia;
   2. usługi realizowane w Dni robocze, w godzinach pomiędzy 16:00 i 22:00 rozliczane będą jako podwojona liczba godzin policzonych według zasad opisanych w pkt. 1) powyżej, realizacja w tych godzinach możliwa będzie wyłącznie na wyraźne pisemne, w tym poprzez CHD lub email, zlecenie Zamawiającego;
   3. usługi realizowane w Dni robocze w godzinach pomiędzy 22:00 a 8:00 oraz w dni ustawowo wolne od pracy, rozliczane będą jako potrojona liczba godzin policzonych według zasad opisanych w pkt. 1) powyżej, realizacja w tych godzinach możliwa będzie wyłącznie na wyraźne pisemne, w tym mailowe, zlecenie Zamawiającego;
4. Usługi wykraczające poza wskazane w Umowie usługi serwisowe – usługi dodatkowe, mogą być wykonywane w oparciu o odrębne zamówienia składane na piśmie. Usługi dodatkowe będą odrębnie płatne według zasad określonych w umowie. W zakresie nieuzgodnionym przez Strony do zasad realizacji dodatkowych usług serwisowych stosuje się postanowienia Umowy

*Załącznik nr 2 do SWZ*

....................................... .......................................

(Wykonawca) (Miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie trybu podstawowego bez przeprowadzenia negocjacji na:

**Nadzór autorski nad systemem AMMS i Infomedica oraz wsparcie serwisowe na okres 12 miesięcy - Zp/4/TP/24** informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

.............................................................................................................................................................

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

.............................................................................................................................................................

REGON: ............................. NIP: ............................ WOJEWÓDZTWO: ………………..

Numer telefonu ..................................... e-mail .......................................................

Numer telefonu …………………......... e-mail ........................................................

(do zamówień składanych przez Zamawiajacego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa działalność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

1) **proszę wskazać właściwe**

4.**OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy projekt umowy, stanowiący Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

5. **Oferujemy** usługę o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z formularzem cenowym w kwocie:

„netto” ...................... PLN, (słownie: ….................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN, (słownie: .................................................................. złotych),

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................... złotych),

wskazana powyżej cena ofertowa została wyliczona zgodnie z poniższym formularzem cenowym:

FORMULARZ CENOWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Przedmiot zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jednostkowa**  **netto** | **Cena jednostkowa**  **brutto** | **Cena łączna netto** | **Stawka**  **VAT** | **Cena łączna**  **brutto** |
|  | ***1*** | *2* | *3* | *4* | *4x7=5* | *3x4= 6* | *7* | *6 x 7=8* |
| 1. | **Świadczenie usług nadzoru autorskiego** | miesiac | 12 |  |  |  |  |  |
| 2. | **Świadczenie usług serwisowych w ramach zamówienia podstawowego** | godzina | 1008 |  |  |  |  |  |
| 3. | **świadczenie usług serwisowych w ramach prawa opcji** | godzina | 504 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | ---- | ---- | ---- | ----- |  | --- |  |

1. Gwarantujemy ……. **dniowy** **czas udostępnienia Zamawiającemu odpowiednich Korekt Oprogramowania Aplikacyjnego w przypadku błędu krytycznego** \*

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

1. ..............................................................................................................................
2. ..............................................................................................................................
3. ..............................................................................................................................

*(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)*

................................................................. (Podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych

przez Wykonawcę)

***Mikroprzedsiębiorstwo*** *– przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 10 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 2 milionów EUR.***

***Małe przedsiębiorstwo*** *- przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 50 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 10 milionów EUR.***

***Średnie przedsiębiorstwo –*** *przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają* ***mniej niż 250 osób*** *i których roczny obrót* ***nie przekracza 50 milionów EUR*** *lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 43 milionów EUR.***

*\*(maksymalny czas udostępnienia Zamawiającemu odpowiednich Korekt Oprogramowania Aplikacyjnego w przypadku błędu krytycznego - 3 dni robocze)*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

**Oświadczenie wykonawcy / wykonawcy wspólnie ubiegajacego sie o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **na *,,*Nadzór autorski nad systemem AMMS i Infomedica oraz wsparcie serwisowe na okres 12 miesięcy ” - Zp/4/TP/24** , prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

…………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 oraz art. 109 ust.1 pkt 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

………………………………………… *(podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

…………………………………………

*(podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………………………………………

*(podpis)*

*Załącznik nr 4a do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

…………………

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **- *,,*Nadzór autorski nad systemem AMMS i Infomedica oraz wsparcie serwisowe na okres 12 miesięcy ” - Zp/4/TP/24** , prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

…………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

…………………………………………

*(podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………………………………………

*(podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

…………………………………….

…………………………………….

*(pełna nazwa/firma,adres, w zalezności od podmiotu NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie**

**art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: pzp)**

**DOTYCZĄCE DOSTAW, USŁUG LUB ROBÓT BUDOWLANYCH,**

**KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***,,*Nadzór autorski nad systemem AMMS i Infomedica oraz wsparcie serwisowe na okres 12 miesięcy ” - Zp/4/TP/24** , oświadczam, że:

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

…………….…….*(miejscowość),*dnia………….…….r.

*Załącznik nr 6 do SWZ*

Wykonawca udostępniający zasoby *(jeżeli dotyczy)*

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*NIP, Nr KRS/CEIDG*)

reprezentowany przez:

..............................................................................

…………………………………………………..

…………………………………………………..

*(imię i nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY**

**Na podstawie art. 118 ust.3 Ustawy z dnia 11 września 2019 roku –**

**Prawo zamówień publicznych**

Oświadczam, że udostępniam swoje zasoby Wykonawcy:……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą ***,,*Nadzór autorski nad systemem AMMS i Infomedica oraz wsparcie serwisowe na okres 12 miesięcy ” - Zp/4/TP/24** w zakresie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(podać zakres udostępnianych zasobów).

Jednocześnie oświadczam, iż:

* Udostępnione przeze mnie zasoby zostaną wykorzystane przy wykonywaniu zamówienia

……………………………………………………………………………………………………… (podać sposób udostępniania i wykorzystania zasobów) w okresie……………………………………….

* W odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia zrealizuje usługę/usługi/roboty budowlane………………………………………………..(podać zakres)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

……………………

(Data)

.................................................................

( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)

*Załącznik nr 7 do SWZ ( jeżeli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

*................................................................*

**TABELA – PODWYKONAWCY**

Nazwa Wykonawcy:

..................................................................................................................................

Adres Wykonawcy:

..................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy | Zakres zlecony podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

Przedmiot Zamówienia ***,,*Nadzór autorski nad systemem AMMS i Infomedica oraz wsparcie serwisowe na okres 12 miesięcy ” - Zp/4/TP/24**

..................................................................

*(data i podpis Wykonawcy)*

*Załącznik nr 8 do SWZ*

**NAZWA ADMINISTRATORA**:

SPECJALISTYCZNY SZPITAL im. dra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU

**KWESTIONARIUSZ OCENY PODMIOTU PRZETWARZAJĄCEGO DANE W IMIENIU ADMINISTARTORA**

(potencjalnego Podmiotu Przetwarzającego na podstawie art. 28 ust. 1 RODO)

1. **DANE INFORMACYJNE**

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA PODMIOTU |  |
| ADRES/SIEDZIBA |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| KRS |  |

1. **KWESTIONARIUSZ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | PYTANIE  PODSTAWA PRAWNA RODO | ODPOWIEDŹ | | | INFORMACJE DODATKOWE,  UWAGI PODMIOTU PRZETWARZAJĄCEGO | UWAGI ADO |
| TAK | NIE | NIE DOTYCZY |
| 1. | Czy przepisy prawa wymagają, aby Podmiot przetwarzający wyznaczył inspektora ochrony danych? ( art. 37 ) |  |  |  |  |  |
| 2. | Czy Podmiot przetwarzający wyznaczył inspektora ochrony danych? ( art. 37 ) |  |  |  |  |  |
| 3. | Czy Podmiot przetwarzający wyznaczył inną osobę lub zespół osób odpowiedzialny za nadzór nad ochroną danych osobowych w organizacji? ( art. 24 ) |  |  |  |  | Proszę wypełnić jeśli odpowiedzi na pytania 1 i 2 są negatywne. |
| 4. | Czy personel Podmiotu przetwarzającego dedykowany do obsługi administratora został przeszkolony z zakresu przepisów o ochronie danych osobowych? ( art. 24. ) |  |  |  |  |  |
| 5. | Czy fakt przeszkolenia personelu (pkt. 4) jest udokumentowany? ( art. 24 ) |  |  |  |  |  |
| 6. | Czy personel Podmiotu przetwarzającego został przeszkolony w zakresie bezpieczeństwa informatycznego? ( art. 24 ) |  |  |  |  |  |
| 7. | Czy personelowi Podmiotu przetwarzającego wydawane są upoważnienia do przetwarzania danych osobowych? ( art. 24,29 ) |  |  |  |  |  |
| 8. | Czy personel Podmiotu przetwarzającego został zobowiązany do zachowaniu w poufności danych osobowych? ( art. 24,28 ) |  |  |  |  |  |
| 9. | Czy w odniesieniu do Podmiotu przetwarzającego została wydana prawomocna decyzja organu nadzorczego lub wyrok sądu stwierdzający naruszenie zasad ochrony danych osobowych? Czy naruszenie zostało usunięte? ( art. 24 ) |  |  |  |  |  |
| 10. | Czy Podmiot przetwarzający stosuje się do przyjętych przez organ nadzorczy kodeksów postępowania? Proszę je wymienić.  ( art. 40 ) |  |  |  |  |  |
| 11. | Czy Podmiot przetwarzający objęty jest monitorowaniem przestrzegania kodeksu postępowania przez akredytowany podmiot monitorujący? ( art. 41 ) |  |  |  |  |  |
| 12. | Czy Podmiot przetwarzający otrzymał certyfikat zgodności z RODO? ( art. 42 ) |  |  |  |  |  |
| 13. | Czy Podmiot przetwarzający posiada inny certyfikat bezpieczeństwa (np. ISO 27001)? Proszę wymienić wraz z nr certyfikacji i terminem ważności. ( art. 24 ) |  |  |  |  |  |
| 14. | Czy Podmiot przetwarzający wdrożył Politykę bezpieczeństwa danych osobowych lub inny dokument opisujący system ochrony danych osobowych oraz procedury postępowania w związku z realizacją wymogów RODO? ( art. 24 ust. 2 ) |  |  |  |  |  |
| 15. | Czy wdrożona instrukcja/procedura postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych zawiera postanowienia o obowiązku poinformowania Administratora o naruszeniu i o sposobie realizacji tego obowiązku? ( art. 24, 33 ust. 2 ) |  |  |  |  |  |
| 16. | Czy wdrożona instrukcja/procedura postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych zawiera zapisy dotyczące obowiązku podjęcia środków w celu zaradzenia naruszeniu (w tym minimalizowania skutków)? ( art. 24, 33 ust. 3 lit. d ) |  |  |  |  |  |
| 17. | Czy Podmiot przetwarzający prowadzi ewidencję naruszeń ochrony danych osobowych? ( art. 24, 33 ust. 5 ) |  |  |  |  |  |
| 18. | Czy Podmiot przetwarzający prowadzi rejestr czynności przetwarzania danych osobowych (jako ADO) oraz rejestr kategorii czynności przetwarzania danych jako podmiot przetwarzający? ( art. 30 ) |  |  |  |  |  |
| 19. | Czy Podmiot przetwarzający wdrożył odpowiednie środki organizacyjne i techniczne (np. instrukcja, procedura, zakres odpowiedzialności pracowników, funkcjonalność systemu IT) przeznaczone do pomocy Administratorowi w realizacji praw osób, których dane dotyczą? ( art. 15-22, 28 ust.3 lit. e ) |  |  |  |  |  |
| 20. | Czy Podmiot przetwarzający realizuje proces analizy ryzyka oraz analizy naruszenia praw lub wolności osób fizycznych (DPiA)? ( art. 24, 32, 35 ) |  |  |  |  |  |
| 21. | Czy Podmiot przetwarzający wdrożył zabezpieczenia we własnym systemie informatycznym adekwatne do wyników szacowania ryzyka oraz DPiA? ( art. 24, 32 ) |  |  |  |  |  |
| 22. | Czy system informatyczny Podmiotu przetwarzającego zapewnia pełną rozliczalność działań jego użytkowników?  ( art. 24, 32 ) |  |  |  |  |  |
| 23. | Czy Podmiot przetwarzający przekazuje dane osobowe do państwa trzeciego, na zasadach określonych w rozdziale V RODO? Proszę wskazać na jakich zasadach ( art. 44 – 49, Decyzja Wykonawcza Komisji (UE) 2021/914 z dnia 04.062021r.) |  |  |  |  |  |
| 24. | Czy Podmiot przetwarzający wdrożył „Plan Ciągłości Działania” ? ( art. 24, 32 ) |  |  |  |  |  |
| 25. | Czy Podmiot przetwarzający stosuje regularne testowanie, mierzenie i ocenianie skuteczności wdrożonych środków technicznych i organizacyjnych ? W jakiej formie są dokumentowane? ( art. 32 ) |  |  |  |  |  |
| 26. | Czy Podmiot przetwarzający korzysta w ramach powierzenia lub ma zamiar korzystać z usług innych podmiotów (tzw. „pod-powierzających” lub dalszych podmiotów przetwarzających)? ( art. 24, 28) |  |  |  |  |  |
| 27. | Czy Podmiot przetwarzający przed nawiązaniem współpracy z tzw. „pod-powierzającymi” dokonuje jego weryfikacji pod kątem zdolności do zapewnienia ochrony danych osobowych ? ( art. 28 ) |  |  |  |  |  |
| 28. | Czy Podmiot przetwarzający z pod-powierzającymi ma zawarte stosowne umowy lub inne formy udokumentowanego przetwarzania w jego imieniu ?  ( art. 28 ) |  |  |  |  | Proszę wypełnić w przypadku odpowiedzi twierdzącej w pkt. 26 |

1. **INFORMACJE KOŃCOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| DATA WYPEŁNIENIA |  |
| IMIĘ I NAZWISKO OSOBY AUTORYZUJĄCEJ  DOKUMENT W IMIENIU PODMIOTU PRZETWARZAJĄCEGO  PEŁNIONA FUNKCJA/STANOWISKO |  |
| LICZBA STRON KWESTIONARIUSZA |  |

1. **OCENA ADMINISTRATORA**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO OSOBY WERYFIKUJĄCEJ DOKUMENT  W IMIENIU ADMINISTARTORA DANYCH OSOBOWYCH |  |
| DATA ANALIZY/OCENY |  |
| REKOMENDOWANA DECYZJA |  |

© Robert Wodejko

*Załącznik nr 9 do SWZ*

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

(Wykonawca) (miejscowość i data)

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Przedmiot Zamówienia**:** ***,,*Nadzór autorski nad systemem AMMS i Infomedica oraz wsparcie serwisowe na okres 12 miesięcy ” - Zp/4/TP/24**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Doświadczenie w obsłudze**  **i serwisowaniu systemu Infomedica** | **Uprawnienia w zakresie instalowania, wdrażania, serwisowania i szkolenia użytkowników końcowych oprogramowania Infomedica**  *(data wydania i przez kogo zostały wydane)* | **Zakres wykonywanych czynności**  *(rodzaj usług przewidzianych do wykonywania* | **Informacja o podstawie dysponowania tymi osobami**  *(pracownik Wykonawcy czy udostępnienie zasobu przez inny podmiot)* |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |

*cztery osoby posiadające minimum 24 miesięczne doświadczenie w obsłudze i serwisowaniu systemów Infomedica i AMMS, w tym dwie osoby posiadające ważne uprawnienia w zakresie instalowania, wdrażania, serwisowania i szkolenia użytkowników końcowych oprogramowania Infomedica i AMMS wydane przez producenta tego oprogramowania.*

.................................................................

(Podpis)