*Załącznik nr 1 do SWZ*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Asortyment****Szczegółowy**  | **Jedn. Miary** | **Ilość****12 m-cy** | **Wartość miesięczna netto** | **Podatek VAT (%)** | **Wartość miesięczna brutto** | **Wartość** **Netto** | **Wartość** **Brutto** |
| Obsługa Oprogramowania Aplikacyjnego | **m-c** | **12** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |

**Szczegółowe wymagania i opis zakresu przedmiotu zamówienia**

1. **Zakres obsługi Oprogramowania Aplikacyjnego:**
2. Usługi serwisowe wykonywane 36 h godzin serwisowych w miesiącu:
	1. udzielanie z Konsultacji;
	2. gotowość do świadczenia usług serwisowych, z gwarantowanym czasem przystąpienia do wykonywania przyjętych do realizacji prac w ciągu 1 dnia roboczego od chwili otrzymania zlecenia.
	3. udzielanie pomocy technicznej oraz wykonywanie zleconych przez Zamawiającego, drobnych prac programistycznych, prac instalacyjnych, konfiguracyjnych, diagnostycznych lub instruktarzowych, w zakresie związanym z obsługą i administrowaniem Oprogramowania Aplikacyjnego, w siedzibie Zamawiającego, Wykonawcy lub Autoryzowanego Przedstawiciela Serwisowego Wykonawcy, w tym:
		1. przygotowanie środowiska testowego i baz testowych do aktualizacji bazy danych Oprogramowania Aplikacyjnego i 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. przekazanie informacji na temat Nowych Funkcji i zmian wprowadzonych w nowych wersjach Oprogramowania Aplikacyjnego,
		5. przywrócenie pracy Oprogramowania Aplikacyjnego w sytuacji Awarii, przy pomocy narzędzi Oprogramowania Systemowego i Bazodanowego, udostępnionego przez Zamawiającego,
		6. udzielanie pomocy w zakresie obsługi i administrowania Oprogramowania Aplikacyjnego,
		7. modyfikacja parametrów pracy Oprogramowania Aplikacyjnego poprzez moduł administracyjny,
		8. analiza zgłoszeń użytkowników dotyczących pracy Oprogramowania Aplikacyjnego oraz wprowadzanych danych w Oprogramowaniu Aplikacyjnym,
		9. usuwanie błędnie wprowadzonych przez użytkowników danych – z poziomu bazy danych, na podstawie pisemnego zlecenia,
		10. poprawa błędnie wprowadzonych przez użytkowników danych – z poziomu bazy danych, na podstawie pisemnego zlecenia,
		11. pomoc przy generowaniu raportów statystycznych / rozliczeniowych,
		12. doradztwo w zakresie rozbudowy środków informatycznych, dokonywanie ponownych instalacji Oprogramowania Aplikacyjnego objętego niniejszą Umową w przypadkach rozbudowy infrastruktury informatycznej Zamawiającego.
		13. odtwarzanie zgromadzonych w Oprogramowaniu Aplikacyjnym danych, na podstawie danych archiwalnych poprawnie zabezpieczonych przez Zamawiającego (Zamawiający jest odpowiedzialny za wykonywanie kopii baz danych i sprawdzenie poprawności ich odtworzenia na odpowiednich nośnikach,
		14. 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.),
		15. konfiguracja 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.)
		16. instalacja i konfiguracja nowych Funkcji, Funkcjonalności i Modułów Oprogramowania Aplikacyjnego,
		17. tworzenie i wprowadzanie zmian w dodatkowych wydrukach, raportach i zestawieniach,
		18. prowadzenie szkoleń dla personelu zamawiającego.
3. **Sposób realizacji usług**
4. Usługi serwisowe realizowane będą w Dni robocze, tj. od poniedziałku do piątku włącznie, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8:00 do 16:00.
5. Usługi serwisowe, będą realizowane w odpowiedzi na pisemne zlecenie przedstawione przez wskazane przez Zamawiającego osoby.
6. Usługi wykonywane będą w pomieszczeniach Zamawiającego lub za pomocą zdalnego szyfrowanego dostępu.
7. W przypadku usług serwisowych wykonywanych w ramach dodatkowo wykupionych godzin serwisowych:
	1. Zrealizowane godziny serwisowe, dla prac wykonywanych za pomocą zdalnego dostępu, w siedzibie Wykonawcy lub Autoryzowanego Przedstawiciela Serwisowego Wykonawcy, będą rozliczane z dokładnością do pełnej godziny, zaokrąglając w górę do pełnej godziny, nie mniej niż 1 godzina dla zlecenia.
	2. Zrealizowane godziny serwisowe, dla prac realizowanych w siedzibie Zamawiającego (tzw. Wizyty serwisowe), będą rozliczane z dokładnością do pełnej godziny, zaokrąglając w górę do pełnej godziny, nie mniej niż 6 godzin dla zlecenia.
8. W przypadku zgłoszenia drobnych prac programistycznych – Modyfikacji – w terminie 15 dni roboczych (czas reakcji) Wykonawca określi możliwość ich realizacji, a w ciągu 30 dni roboczych dokona oceny rodzaju zleconych prac, opracuje wstępny projekt, sporządzi jego wycenę i zaproponuje czas realizacji prac.
9. Niewykorzsytane godziny serwisowe będą przechodziły na kolejne miesiące i liczone w układzie kwartalnym.
10. **Sposób dokonywania zgłoszeń**
11. Zgłaszanie / zamawianie usług serwisowych odbywać się będzie poprzez witrynę internetową Systemu Obsługi Zgłoszeń Wykonawcy a w razie trudności z rejestracją zgłoszenia na w/w witrynie internetowej, Zamawiający może dokonać zgłoszenia (z zastrzeżeniem niezwłocznego potwierdzenia zgłoszenia poprzez witrynę internetową Systemu Obsługi Zgłoszeń) lub telefonicznie bądź mailowo.
12. w przypadku, gdy formularz zgłoszenia 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;
13. Wykonawca zobowiązany jest do przesyłania cotygodniowych raportów z wykonanych prac w każdy pierwszy dzień roboczy do poprzedniego tygodnia z uwzględnieniem nazwiska zlecającego, szczegółowo wykonanych czynności, czasu trwania na adres mailowy podany w umowie.
14. **Posiadane licencje Infomedica Asseco.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa modułu/zakres funkcjonalny** | **Ilości** |
| Obsługa finansów i księgowości | Open |
| Obsługa sprzedaży | Open |
| Obsługa zakupów | Open |
| Wycena kosztów normatywnych świadczeń | 5 |
| Obsługa i rozliczanie kosztów | 5 |
| Obsługa zamówień wewnętrznych | Open |
| Obsługa zamówień i przetargów | 5 |
| Obsługa środków trwałych | 5 |
| Obsługa wyposażenia | Open |
| Obsługa Kadr | Open |
| Ewidencja czasu pracy | Open |
| RCP- interfejs komunikacji z rozwiązaniami zewnętrznymi | 1 |
| Obsługa płac | Open |
| Obsługa stanowiska kasowego | 8 |
| Obsługa budżetowania | 5 |
| Obsługa magazynów | Open |
| Obsługa usług komercyjnych | Open |
| Ewidencja Aparatury Medycznej | 3 |
| Zamówienia publiczne | 5 |

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

 (pieczątka Wykonawcy) (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 przeprowadzania negocjacji na: **Serwis i administracja systemów księgowo-magazynowych nr Zp/51/TP-51/21**

informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

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

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

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

REGON: ............................................. NIP: .............................................

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.OŚWIADCZAMY**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO2) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

**6.** **Oferujemy** usługę o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z formularzem cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

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

.................................................................................................... złotych).

7. Gwarantujemy ……. dniowy czas przystąpienia do realizacji usług serwisowych \*\*

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

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

 (rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)

 ................................................................. (Podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez Wykonawcę)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*1)* ***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.***

2) rozporządzenie 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

 *\* W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

*\*\* Czas przystąpienia do realizacji usług serwisowych nie może być dłuższy niż do 3 dni roboczych.*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

**Oświadczenie wykonawcy**

**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. **Serwis i administracja systemów księgowo-magazynowych nr Zp/51/TP-51/21** 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.**

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

 …………………………………………

*(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:

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

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

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

 ………………………………………… *(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.

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

 …………………………………………

 *(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. **Serwis i administracja systemów księgowo-magazynowych nr Zp/51/TP-51/21** 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.**

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

 …………………………………………

*(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:

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

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

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

…………………………………………

*(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.

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

 …………………………………………

 *(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. **Serwis i administracja systemów księgowo-magazynowych nr Zp/51/TP-51/21**, 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(Dz.U. z 2021r. poz. 1129 z późn.zm.)**

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

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

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **Serwis i administracja systemów księgowo-magazynowych nr Zp/51/TP-51/21 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*

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

 (Wykonawca) (miejscowość i data)

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

Przedmiot Zamówienia**:** **Serwis i administracja systemów księgowo-magazynowych**

**nr Zp/51/TP-51/21**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kierunekwykształcenia**  | **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* | **Informacjao podstawie dysponowania tymi osobami***(pracownik Wykonawcy czy udostępnienie zasobu przez inny podmiot)* |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |

*cztery osoby posiadające wykształcenie o kierunku informatycznym 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)

*Załącznik nr 8 do SWZ*

**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: **Serwis i administracja systemów księgowo-magazynowych**

**nr Zp/51/TP-51/21**

**Uwagi:**

1. W przypadku nie korzystania z podwykonawcy – proszę wpisać „wszystko siłami własnymi”

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

*(data i podpis Wykonawcy)*