**DZP.381.91A.2023** zmodyfikowany **Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY DLA UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO IM. PROF. K. GIBIŃSKIEGO SUM W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy ...........................................................................................................................................

Siedziba: ...........................................................................................................................

Adres zamieszkania\* ………………………………………………………………………………

*\*) dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarcza oraz wspólników w spółce cywilnej*

REGON ......................................... NIP ..........................................

Tel. ......................................... fax ..........................................

e-mail ............................................................................................................

Adres strony www ................................................................................... (jeśli istnieje)

numer konta …………………………………………………………………………. *(w celu wpisania do umowy - w przypadku nie podania numeru konta Wykonawca zobowiązany jest wpisać numer konta w umowie)*

* + - 1. Ubiegając się o zamówienie publiczne na **Dostawę systemu informatycznego typu LIS/PIS oraz licencji oprogramowania do skanera preparatów histologicznych dla Zakładu Patomorfologii** oferujemy realizację przedmiotowego zamówienia w zakresie objętym specyfikacją warunków zamówienia (dalej w treści: SWZ) za łączną kwotę określoną poniżej:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Przedmiot** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto****(ilość x cena jednostkowa netto)** | **Vat%** | **Wartość brutto****(wartość netto + VAT)** | **PODAĆ****Producent****Nazwa oferowanego systemu/licencji** |
| 1. | SYSTEM INFORMATYCZNY TYPU LIS/PIS | 1 kpl  |  |  |  |  | Producent ……………..Nazwa oferowanego systemu/licencji.......................... |
| 2. | LICENCJE OPROGRAMOWANIA DO SKANERA PREPARATÓW HISTOLOGICZNYCH | 1 kpl. |  |  |  |  | Producent ……………..Nazwa oferowanego systemu/licencji.......................... |
|  | **RAZEM**  |  | XX |  | XXXXXXXXXXXXXX |

Oświadczamy, iż w ramach Dostawy systemu informatycznego typu LIS/PIS oraz licencji oprogramowania do skanera preparatów histologicznych dla Zakładu Patomorfologii oferujemy następujący sprzęt informatyczny

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Przedmiot | Ilość | PODAĆProducentModel  |
| a. | Serwery na potrzeby obsługi systemu  | 2 szt. | Producent: serwera………………………Model serwera ……………………………Producent procesora…………………Model Procesora :……….Liczba punktów w teście cpubenchmark.:………. |
|  | Serwer na potrzeby obsługi, przechowywania i analizy wirtualnych preparatów | 1 szt. | Producent: serwera………………………Model serwera ……………………………Producent procesora…………………Model Procesora :……….Liczba punktów w teście cpubenchmark.:…………….. |
| b. | Zestawy komputerowe | 37 szt. | Producent: komputera………………………Model komputera ……………………………Producent procesora…………………Model Procesora :……….Liczba punktów w teście cpubenchmark.:…………….. |
| c. | Monitory stanowiskowe | 2 szt. | Producent: …………………Model ………………… |
| d. | Czytniki kodów kreskowych bezprzewodowe | 8szt.  | Producent: …………………Model ………………… |
| e. | Czytniki kodów kreskowych przewodowe | 47 szt. | Producent: …………………Model ………………… |
| f. | Skanery dokumentów | 4 szt. | Producent: …………………Model ………………… |
| g. | Drukarki etykiet samoprzylepnych | 15 szt. | Producent: …………………Model ………………… |
| h. | Miernik pH | 1 szt. | Producent: …………………Model ………………… |
| i. | Monitory do pracy z wirtualnym preparatem | 2 szt. | Producent: …………………Model ………………… |
| j. | Komputer mobilny typu tablet | 2 szt. | Producent: …………………Model ………………… |

Oświadczamy, iż w okresie gwarancji oferujemy następujący czas usunięcia błędu krytycznego systemu informatycznego dla Zakładu Patomorfologii:

a) 8 godzin\*

b) 12 godzin\*

c) 24 godzin\*

\* niepotrzebne skreślić lub właściwe zaznaczyć

*(w przypadku braku zaznaczenia lub wykreślenia Zamawiający uzna, iż Wykonawca oferuje maksymalny czas usunięcia błędu krytycznego systemu informatycznego dla Zakładu Patomorfologii)*

Oświadczamy, iż oferujemy następujący okres gwarancji- termin obowiązywania:

a) 24 miesiące\*

b) 30 miesięcy\*

\* niepotrzebne skreślić lub właściwe zaznaczyć

*(w przypadku braku zaznaczenia lub wykreślenia Zamawiający uzna, iż Wykonawca oferuje minimalny okres gwarancji)*

*(w/w termin obowiązywania gwarancji nie dotyczy miernika pH. gdzie termin obowiązywania gwarancji wynosi 12 miesięcy)*

* + - 1. Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
			2. Oświadczamy, iż w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
			3. Oświadczamy, że wybór naszej oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, w sytuacji, gdy nie dołączyliśmy do oferty informacji wykonawcy o powstaniu obowiązku podatkowego.
			4. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty i zobowiązujemy się spełnić wszystkie wymienione w Specyfikacji wymagania Zamawiającego
			5. Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
			6. Zawarta w Specyfikacji Warunków Zamówienia treść wzoru umowy została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego
			7. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia 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, ze zm.) (dalej w treści RODO) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

*(\*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, może wykreślić treść niniejszego oświadczenia)*

* + - 1. Rodzaj Wykonawcy:
1. Mikroprzedsiębiorstwo\*
2. Małe przedsiębiorstwo\*
3. Średnie przedsiębiorstwo\*
4. Jednoosobowa działalnością gospodarczą \*
5. Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej\*
6. Duże przedsiębiorstwo\*

(\*Niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć – punkt nieobowiązkowy)