*Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego – Formularz oferty*

Nr sprawy: 2/2019/3.3/FAMILIA

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

*Miejscowość, data*

*Miejsce na podpis/pieczęć Oferenta*

**F O R M U L A R Z O F E R T Y**

1. **ZAMAWIAJĄCY:** Grupowa Praktyka Lekarzy Rodzinnych FAMILIA Sp. z o.o.

 Adres siedziby: ul. Wiejska 20, 41-103 Siemianowice Śląskie

 NIP: 6431602480; REGON: 276715535

1. **TYTUŁ ZAMÓWIENIA:** Testowanie Systemu Zarządzania Wizytami Klienta

w projekcie pn.: „TIK w usprawnieniu procesów biznesowych związanych z obsługą pacjentów - nowa przychodnia na Bańgowie”, współfinansowanego ze środków EFRR w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020, Oś Priorytetowa: III. Konkurencyjność MŚP, Działanie: 3.3. Technologie informacyjno-komunikacyjne w działalności gospodarczej., realizowanym przez Beneficjenta nie należącego do sektora finansów publicznych, który nie ma obowiązku stosowania ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004r. (Dz. U. 2010r. nr 1131, poz. 759 z późn. zm.).

Postępowanie o udzielenie zamówienia w trybie konkurencyjności.

1. **NAZWA I DANE KONTAKTOWE OFERENTA:**

Nazwa oferenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **WARUNKI OFERTOWE:**

**Część A: Usługa testowania oprogramowania z punktu widzenia funkcjonalności dla Pacjentów przychodni:**

netto: **.,** PLN

brutto: **.,** PLN

*brutto słownie: ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Część B: Usługa testowania oprogramowania z punktu widzenia funkcjonalności dla pracowników medycznych i administracyjnych:**

netto: **.,** PLN

brutto: **.,** PLN

*brutto słownie: ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. **OŚWIADCZENIA OFERENTA:**

Oświadczam/-y, że:

* pozostaję/-emy związany/-ni niniejszą ofertą przez okres 30 dni od ostatecznego upływu terminu składania ofert,
* po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia nie wnoszę/-imy do niego żadnych zastrzeżeń,
* zobowiązuję/-my się do zawarcia z Zamawiającym umowy, której istotne postanowienia stanowią Załącznik do Zapytania Ofertowego, w terminie do 14 dni od dnia zawiadomienia mnie/nas przez Zamawiającego o wyborze najkorzystniejszej oferty pod rygorem uznania, że odstępuję/my od wykonania przedmiotu zamówienia,
* brak jest podstaw, o których mowa w art. 24 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 z późniejszymi zmianami) do wykluczenia mnie z postępowania,
* nie wykonywałem/łam/liśmy żadnych czynności związanych z przygotowaniem niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia, a w celu sporządzenia Oferty nie posługiwałem/łam się osobami uczestniczącymi w dokonaniu tych czynności,
* w przypadku składania oferty przez Oferenta będącego osobą fizyczną, z którym Zamawiający może zawrzeć umowę mającą charakter cywilno-prawny oświadczam, że zaoferowana cena usługi brutto uwzględnia składowe wynagrodzenia personelu projektu w zakresie umowy cywilno – prawnej zgodnie z Wytycznymi oraz przepisami krajowymi, w szczególności z ustawą z dn. 23 kwietnia 1964r. – Kodeks Cywilny.

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Podpis Oferenta*

1. **POTWIERDZENIE PRAWDZIWOŚCI DANYCH ZAWARTYCH W OFERCIE**

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego i zobowiązuję się do przedstawienia dokumentów je potwierdzających na żądanie Zamawiającego.

*Załączniki do Oferty:*

1. *Załącznik 1 do Formularza oferty – Oświadczenie o braku powiązań Oferenta*
2. *Załącznik 2 do Formularza oferty – Oświadczenie o posiadanej wiedzy i doświadczeniu wraz z Referencjami*
3. *Pełnomocnictwo do podpisania oferty (jeżeli dotyczy)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Miejscowość, data Podpis Oferenta*

*Załącznik nr 1 do Formularza oferty – Oświadczenie o braku powiązań*

Nr sprawy: 2/2019/3.3/FAMILIA

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

*Miejscowość, data*

*Miejsce na podpis/pieczęć Oferenta*

**Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych**

Oświadczam(-y), że nie jestem(-śmy) powiązani z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi
w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

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

 *Podpis Oferenta*

 *Załącznik nr 2 do Formularza oferty – Oświadczenie o posiadanej wiedzy i doświadczeniu*

Nr sprawy: 2/2019/3.3/FAMILIA

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

*Miejscowość, data*

*Miejsce na podpis/pieczęć Oferenta*

**Oświadczenie o posiadanej wiedzy i doświadczeniu**

Oświadczam(-y), że posiadam(-y) wymaganą wiedzę i doświadczenie tj. testowanie/walidacja oprogramowania w okresie ostatnich 3 latach.

|  |  |
| --- | --- |
| **Podmiot, dla którego testowano bądź walidowano system/oprogramowanie (nazwa, adres, dane kontaktowe)** | **Okres testowania/walidacji**(mm.rrrr – mm.rrrr) |
|  |  |

Jestem(-śmy) świadomy(-i) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Do oferty załączam(-y) \_\_\_\_\_\_ szt. referencji, potwierdzające powyższe Oświadczenie.

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

 *Podpis Oferenta*