

Miejscowość, data

Pieczęć Oferenta/ Dane Oferenta

FORMULARZ OFERTY

1. ZAMAWIAJĄCY: American Heart of Poland S. A.
Adres siedziby: ul. Sanatoryjna 1, Ustroń
NIP: 548-22-77-894, Regon: 072347621

2. DOTYCZY: Oferty na dostawę usług telemedycznych

W projekcie pt. „Porównanie standardowej strategii wczesnej implantacji stymulatora do strategii odroczonej implantacji stymulatora po wykonaniu oceny autonomicznej, elektrofizjologicznej i wskazań do kardioneuroabblacji w leczeniu funkcjonalnego bloku przedsionkowo-komorowego - randomizowany eksperyment badawczy z grupą kontrolną - TELE-SPACER”, który jest realizowany w ramach konkursu na badania head-to-head w zakresie niekomercyjnych badań klinicznych lub eksperymentów badawczych ABM/2022/3 ogłoszonym przez Agencję Badań Medycznych.

3. NAZWA I DANE KONTAKTOWE OFERENTA

Nazwa oferenta: _____

Adres : _____

Telefon: _____ - e-mail: _____

Numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego _____

Organ rejestrowy: _____

4. WARUNKI OFERTOWE

OPIS	Cena jednostkowa (brutto)	Wartość
Telemonitoring event holter EKG –28 dniowa usługa medyczna dla 300 pacjentów w okresie od 01.09.2023r. do 30.06.2025r.	1 tydzień dla 1 pacjenta	
Telemedyczną diagnostykę bezdechu obturacyjnego wraz z telekonsultacją usługa medyczna dla 300 pacjentów w okresie od 01.09.2023r. do 30.06.2026r. polegająca na przeprowadzeniu telemedycznej diagnostyki bezdechu obturacyjnego, podczas snu w poligrafii	Cena usługi dla 1 pacjenta	
Telemonitoring EKG z nadzorem medycznym i telekonsultacjami 12 miesięczna usługa medyczna dla 300 pacjentów w okresie od 01.09.2023r. do 30.06.2026r. polegająca na telemonitoringu EKG wraz z kosztem udostępnienia niezbędnego sprzętu, z nadzorem medycznym wraz z możliwością telekonsultacji zapisu EKG	Cena 1 miesiąca usługi dla 1 pacjenta	
Telemonitoring ILR z nadzorem medycznym i telekonsultacjami - 12 miesięczna usługa medyczna dla 50 pacjentów w okresie od 01.09.2023r. do 30.06.2026r. polegająca na telemonitoringu zdarzeń arytmicznych przy użyciu wszczepialnych rejestratorów zdarzeń (ILR) z 24h nadzorem medycznym wraz z możliwością telekonsultacji zapisów.	Cena 1 miesiąca usługi dla 1 pacjenta	
Testy autonomiczne z wykonaniem Holtera EKG 24h ze zdalnym nadzorem medycznym usługa medyczna dla 300 pacjentów wykonywana dwukrotnie dla każdego pacjenta w okresie od 01.09.2023r. do 30.06.2026r. polegająca na przeprowadzeniu w warunkach domowych zdalnych testów autonomicznych z wykonaniem w trakcie nich badania holter EKG 24h w kontrolowanych warunkach ze zdalnym nadzorem personelu medycznego.	Cena 1 badania/usługi dla 1 pacjenta	
SUMA	N/D	

5. OŚWIADCZENIA

1. **OŚWIADCZAM**, że na potrzeby realizacji niniejszej usługi dysponuję osobami - ratownikami medycznymi/pielęgniarkami/technikami EKG posiadającymi doświadczenie w zdalnej ocenie zapisów EKG i telekomunikacji z pacjentami kardiologicznymi między 6 -12 miesięcy.
2. **OŚWIADCZAM**, że na potrzeby realizacji niniejszej usługi dysponuję osobami - ratownikami medycznymi/pielęgniarkami/technikami EKG posiadającymi doświadczenie w zdalnej ocenie zapisów EKG i telekomunikacji z pacjentami kardiologicznymi powyżej 12 miesięcy
3. **OŚWIADCZAM**, że na potrzeby realizacji niniejszej usługi dysponuję osobami - ratownikami medycznymi/pielęgniarkami/technikami EKG posiadającymi doświadczenie w telemonitoringu urządzeń wszczepialnych, między 6 -12 miesięcy.
4. **OŚWIADCZAM**, że na potrzeby realizacji niniejszej usługi dysponuję osobami - ratownikami medycznymi/pielęgniarkami/technikami EKG posiadającymi doświadczenie w telemonitoringu urządzeń wszczepialnych, powyżej 12 miesięcy
5. **OŚWIADCZAM**, że na potrzeby realizacji niniejszej usługi dysponuję lekarzami posiadającymi doświadczenie w zdalnej diagnostyce, telemonitoringu, między 6 -12 miesięcy.
6. **OŚWIADCZAM**, że na potrzeby realizacji niniejszej usługi dysponuję lekarzami posiadającymi doświadczenie w zdalnej diagnostyce, telemonitoringu, powyżej 12 miesięcy
7. **OŚWIADCZAM**, że osoba, która będzie pełnia funkcję **Kierownika Projektu** posiada wyższe wykształcenie medyczne lub w zarządzaniu w ochronie zdrowia; brała udział w roli kierownika projektu w projekcie obejmującym uruchomienie usługi telemonitoringu kardiologicznego dla co najmniej 100 osób, w ostatnich 3 latach przed upływem terminu składania ofert w tym postępowaniu **Tak / Nie (prawidłowe zakreślić)**
8. **OŚWIADCZAM**, że osoba, która będzie pełnia funkcję **Administradora systemów informatycznych** była odpowiedzialna za administrowanie systemem telemedycznym dla co najmniej 300 pacjentów, w ostatnich 3 latach przed upływem terminu składania ofert **Tak / Nie (prawidłowe zakreślić)**
9. **OŚWIADCZAM**, że osoba, która będzie pełnia funkcję **Telekonsultanta ds. szkoleń** przeprowadził zdalne szkolenia telefoniczne w ramach usługi telemonitoringu kardiologicznego dla co najmniej 100 osób, w ostatnich 3 latach przed upływem terminu składania ofert **Tak / Nie (prawidłowe zakreślić)**
10. **OŚWIADCZAM**, że osoba, która będzie pełnia funkcję **Lekarza specjalisty kardiologii** posiada co najmniej 6 miesięczne doświadczenie w telekardiologii: zdalna diagnostyka, telemonitoring i telekonsultacje **Tak / Nie (prawidłowe zakreślić)**
11. **OŚWIADCZAM**, że osoba, która będzie pełnia funkcję **ratownika medycznego/pielęgniarki/ technika EKG/ lekarza** posiada co najmniej 6 miesięczne doświadczenie w diagnostyce bezdechu obturacyjnego lub telemedycznej obsłudze pacjentów z obturacyjnym bezdechem **Tak / Nie (prawidłowe zakreślić)**
12. **OŚWIADCZAM**, że na potrzeby realizacji niniejszej usługi dysponuję /będę dysponował telemedycznym centrum kardiologicznym dostępnym 24/7 **Tak / Nie (prawidłowe zakreślić)**
13. **OŚWIADCZAM**, że dysponuję urządzeniami niezbędnymi do wykorzystania na potrzeby udzielania świadczeń zdrowotnych wskazaną w Załączniku nr 1 do Zapytania ofertowego **Tak / Nie (prawidłowe zakreślić)**

Ponadto 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 zawartym w Zapytaniu ofertowym i jego załącznikach nie wnoszę/-imy do niego zastrzeżeń,
- Oferent nie zalega w podatkach i składkach na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne
- w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty niezbędne do prawidłowego i pełnego wykonania przedmiotu zamówienia.
- w przypadku przyznania niniejszego zamówienia wyznaczonym do koordynowania prac i kontaktów z Zamawiającym ze strony Wykonawcy będzie Pan/Pani
tel..... e-mail:
- przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że moje dane osobowe, będą przetwarzane do celów związanych z niniejszym postępowaniem i ewentualnym zawarciem umowy na realizację zamówienia, w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania (m.in. zamieszczenia tych danych i ich upublicznienia w protokole wyboru, zawarcia i realizacji umowy). Szczegóły dotyczące informacji o przetwarzaniu moich danych osobowych oraz przysługujących mi prawach i obowiązkach znajdują się na stronie internetowej Zamawiającego – ahop.pl.
- że wypełnione zostały obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie niniejszego zamówienia *)

*) jeżeli nie dotyczy - skreślić

6. POTWIERDZENIE PRAWDZIWOŚCI DANYCH ZAWARTYCH W OFERCIE

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam 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. Kopia księgi rejestrowej Wykonawcy jako podmiotu wpisanego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
3. Kopia obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego;
4. Kopia certyfikatu ISO 27001
5. Wykaz sprzętu wraz zawierający minimum nazwę oraz numery seryjne oraz wykaz systemów
6. Wykaz osób, Imię i Nazwisko wraz z kopią dokumentów potwierdzających Prawo Wykonywania Zawodu w przypadku lekarzy, ratowników medycznych, pielęgniarek i techników EKG.
7. Pełnomocnictwo do podpisania oferty (jeżeli dotyczy)
8. Zobowiązanie innych podmiotów do oddania Oferentowi do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia (jeśli dotyczy)
9. Dokumenty świadczące o tym że Oferent świadczył, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, usługę telemonitoringu kardiologicznego trwającego nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy obejmujące średniomiesięcznie łączne 300 osób w zakresie całodobowego telemonitoringu kardiologicznego, w których zaangażowany był co najmniej personel: ratownik medyczny/pielęgniarka/technik EKG oraz lekarz kardiolog
10. w przypadku wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienia dokument potwierdzający fakt ustanowienia pełnomocnika

Miejscowość, data

Pieczęć/ Dane i podpis Oferenta

Załącznik nr 1 do Formularza oferty – Oświadczenie o braku powiązań

Miejscowość, data



Pieczęć Oferenta/ Dane Oferenta

Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych

Oświadczam(-y), że nie jestem(-śmy) powiązany/i 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.

Pieczęć/ Dane i podpis Oferenta