GMINNY OŚRODEK
POMOCY SPOŁECZNEJ
ul. Kamienna 1, 57-100 Strzelin
tel./fax 71 392 05 77
NIP 914-12-69-163 Regon 005956832

Załącznik nr 3 do Regulaminu udzielania zamówień publicznych, których wartość nie przekracza 130.000 zł netto

.....data.....

Zamawiający:
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
57-100 Strzelin, ul. Kamienna 1 ,

OFERTA

Nazwa Wykonawcy: .....

adres wykonawcy: .....

adres e-mail wykonawcy: .....; telefon .....

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe/cenowe z dnia 25.04.2022 r. :

„Dostawa opasek bezpieczeństwa i świadczenie całodobowej opieki dla mieszkańców Gminy Strzelin, w 2022 roku"

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Cenę brutto za 1 opaskę ..... zł.

(słownie zł .....)

Cena brutto za 1 miesiąc usługi całodobowej opieki .....zł

(słownie zł .....)

Razem.....zł

(słownie zł .....)

Oferowana opaska posiada:

☐ ładowanie indukcyjne;

☐ przycisk dostosowany dla osób niedowidzących (oznaczony alfabetem Braille'a);

☐ funkcja dodatkowa z listy funkcji określonych w Programie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Korpus Wsparcia Seniorów" na rok 2022: .....

☐ produkt jest wyrobem medycznym w rozumieniu ustawy o wyrobach medycznych potwierdzony deklaracją zgodności producenta dołaczoną do oferty

Oświadczam, ze spełniam warunki udziału w postępowaniu w zakresie doświadczenia oraz w zakresie potencjału technicznego i potencjału zawodowego określone w zapytaniu tj:

Oświadczam, że w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, wykonałem/wykonuję minimum 3 usługi w zakresie dostawy opasek i świadczenia usług teleopieki przez okres co najmniej roku dla min. 30 osób łącznie (każde z nich), w systemie 24 h/dobę, 7 dni w tygodniu, do których dołączam referencje świadczące o należytym ich wykonaniu (zestawienie w tabeli poniżej):

Lp.	Przedmiot usługi	Okres wykonywania usługi	Liczba podopiecznych objętych usługą	Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana

Oświadczam, że posiadam telecentrum medyczne oraz dysponuję/będę dysponował liczbą ratowników medycznych, opiekunów medycznych lub pielęgniarek, posiadających kwalifikacje zawodowe w tym zakresie, w liczbie zapewniającej gwarancję należytego świadczenia usługi w trybie 24/7/365.

Ponadto oświadczam, iż:
- Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń, w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy w celu jego realizacji.
- Zdobyłem wszelkie informacje konieczne do przygotowania niniejszej oferty i realizacji zamówienia.
- Akceptuję warunki realizacji przedmiotu zamówienia określone w zapytaniu z dnia 25.04.2022 r.
- Oferowana cena obejmuje wszelkie koszty i nie ulegnie zmianie w okresie trwania umowy;
- Akceptuję warunki płatności.,
- Akceptuję termin związania ofertą -60 dni.

..... (miejscowość i data)

..... (podpis przedstawiciela Wykonawcy)

Załaczniki:
1. Referencje na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu.
2. Karty katalogowe oferowanych urządzeń lub inne dokumenty na potwierdzenie posiadania przez opaski wymagań opisanych przez Zamawiającego.
3. Karty katalogowe oferowanych urządzeń lub inne dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych funkcji ocenianych w ramach kryterium oceny ofert jeżeli Wykonawca je wskazał .
4. Deklaracja zgodności producenta potwierdzająca, że opaska jest wyrobem medycznym zgodnie z kryteriami oceny ofert jeżeli wystepuje.