Kołobrzeg, dnia 04 września 2017 r.

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego**

**prowadzonego na podstawie art. 4 pkt. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych**

**tj. o wartości poniżej 30 000 euro na:**

1. ***Serwis pogwarancyjny oraz wsparcie techniczne dla systemu radiologicznego RIS-ORION firmy TMS-Soft Sp. z o.o.***
2. ***Utrzymanie integracji pomiędzy RIS-ORION firmy TMS-Soft Sp. z o.o. a HIS-AMMS firmy Asseco Poland S.A. (po stronie systemu Orion)***
3. ***Utrzymanie integracji pomiędzy RIS-ORION firmy TMS-Soft Sp. z o.o. a systemem obsługi Teleradiologii firmy TOMMA***

***dla potrzeb Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu***

**Dane dotyczące zamawiającego**

Regionalny Szpital w Kołobrzegu

ul. Łopuskiego 31-33

78-100 Kołobrzeg

**Określenie trybu:** postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest na podstawie art. 4 pkt. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych – zamówienie, którego wartość nie przekracza 30 000 euro.

**Dokumentacja dotycząca zamówienia:** dostępna na stronie internetowej www.szpital.kolobrzeg.pl

**Przedmiot zamówienia:**

1. Serwis pogwarancyjny oraz wsparcie techniczne dla systemu radiologicznego RIS-ORION firmy TMS-Soft Sp. z o.o.
2. Utrzymanie integracji pomiędzy RIS-ORION firmy TMS-Soft Sp. z o.o. a HIS-AMMS firmy Asseco Poland S.A. (po stronie systemu Orion)
3. Utrzymanie integracji pomiędzy RIS-ORION firmy TMS-Soft Sp. z o.o. a systemem obsługi Teleradiologii firmy TOMMA

dla potrzeb Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu – zgodnie z załącznikiem nr 3

**Kod CPV:**

33.11.18.00 – diagnostyczny system rentgenowski

48.00.00.00-8 – pakiety oprogramowania i systemy informatyczne

Wykonawca zobowiązuje się do wykonania powyższych prac z należytą starannością
i w terminie uzgodnionym z Zamawiającym. Wykonawca musi posiadać odpowiednie uprawnienia. Wykonawca musi posiadać ubezpieczenie OC.

Wykonawca zobowiązany będzie do zachowania w tajemnicy wszelkich danych,
do których będzie miał dostęp w związku z wykonywaniem niniejszego zamówienia.

Zamawiający przewiduje zapłatę za wykonanie przedmiotu zamówienia za każdy miesiąc
w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT.

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy posiadają wiedzę
i doświadczenie, tj. Wykonawca musi wykazać się doświadczeniem zawodowym w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, w wykonaniu co najmniej 2 zamówień obejmujących wykonanie usługi – załącznik nr 2 do zapytania ofertowego.

Wykonawcy zobowiązani są do dołączenia do oferty aktualnego wyciągu z KRS bądź wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.

Zamawiający przewiduje możliwość powierzenia wykonania zamówienia podwykonawcom. Wykonawca zobowiązany jest przedstawić zakres powierzenia prac powierzonych podwykonawcom.

**Termin realizacji:**

12 m-cy – od daty podpisania umowy

**Kryteria oceny ofert:**

Wybór oferty zostanie dokonany w oparciu o przyjęte w niniejszym postępowaniu kryteria oceny ofert przedstawione poniżej

#503Cena 100%.

**Miejsce i termin składnia ofert:**

Oferty należy składać w Regionalnym Szpitalu w Kołobrzegu, pokój nr 11, do dnia 11.09.2017 r. do godziny 1000. Do kontaktu z Zamawiającym wyznaczono osobę: Izabela Kułakowska tel. 94 35 30 262, e-mail: Izabela.Kulakowska@szpital.kolobrzeg.pl

Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: ................................................

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

Adres poczty elektronicznej:.................................................

Strona internetowa: .................................................

Numer telefonu: ……..........................................

Numer faksu: ……..........................................

Numer REGON: ................................................

Numer NIP: ................................................

**Dane dotyczące zamawiającego**

Regionalny Szpital w Kołobrzegu

ul. Łopuskiego 31-33

78-100 Kołobrzeg

**Nazwa i przedmiot zamówienia:**

1. Serwis pogwarancyjny oraz wsparcie techniczne dla systemu radiologicznego RIS-ORION firmy TMS-Soft Sp. z o.o.
2. Utrzymanie integracji pomiędzy RIS-ORION firmy TMS-Soft Sp. z o.o. a HIS-AMMS firmy Asseco Poland S.A. (po stronie systemu Orion)
3. Utrzymanie integracji pomiędzy RIS-ORION firmy TMS-Soft Sp. z o.o. a systemem obsługi Teleradiologii firmy TOMMA

dla potrzeb Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu – zgodnie z załącznikiem nr 3

**Wartość zamówienia:**

cena netto...........................................................................................................zł

(słownie: ..............................................................................................................)

podatek VAT........% w kwocie............................................................................zł

cena brutto..........................................................................................................zł

(słownie: ...............................................................................................................)

**Termin wykonania zamówienia:**

12 m-cy – od daty podpisania umowy

**Warunki płatności:**

Zamawiający przewiduje zapłatę za wykonanie przedmiotu zamówienia za każdy miesiąc
w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT.

Oświadczamy, że:

* posiadamy wymagane przepisami prawa uprawnienia do wykonania Zamówienia jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania – **do oferty należy dołączyć potwierdzenie posiadania uprawnień;**
* posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania Zamówienia;
* znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie Zamówienia.

Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty, w której upływa termin składania ofert.

Na ofertę składają się następujące dokumenty:

1. Formularz oferty – załącznik nr 1
2. Wykaz wykonanych zamówień – załącznik nr 2
3. Opis przedmiotu zamówienia – załącznik nr 3.
4. Aktualny wyciąg z KRS bądź wpis do ewidencji działalności gospodarczej.
5. Wzór umowy powierzenia przetwarzania danych– Załącznik nr 4
6. Wzór umowy – Załącznik nr 5
7. Polisa OC.

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

(data i czytelny podpis wykonawcy)

Załącznik nr 2

**WYKAZ WYKONANYCH ZAMÓWIEŃ**

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

Adres wykonawcy .................................................................................................

Miejscowość ................................................ Data .....................

Wykaz usług obejmujących wykonanie przedmiotu zamówienia wraz z przedstawieniem dokumentów potwierdzających należyte wykonanie zamówienia – min. 2 zrealizowane dostawy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Odbiorca – nazwa zamawiającego, telefon | Data wykonania | Przedmiot wykonanej usługi | Wartość |
| 1 |  |  |  |  |
| 2  |  |  |  |  |
| 3  |  |  |  |  |
| 4  |  |  |  |  |
| 5  |  |  |  |  |

Do wykazu dołączam następujące dokumenty:

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

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

(data i czytelny podpis wykonawcy)