



4) Oświadczam, że:

Dysponuję (będę dysponować) następującymi osobami odpowiedzialnymi za realizację zamówienia posiadającymi kwalifikacje zawodowe ratownik medyczny:

| Lp. | Liczba osób posiadających kwalifikacje zawodowe: ratownik medyczny<br>(w rozumieniu ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym)<br>odpowiedzialnych za realizację zamówienia w centrum monitoringu | Podstawa wykonywania zawodu ratownika medycznego<br>(dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny – odpowiednio dla każdej osoby) |
|-----|--|---|
| 1.  | Ratownik medyczny 1  |   |
| 2.  | Ratownik medyczny 2  |   |
| 3.  | Ratownik medyczny 3  |   |
| 4.  | Ratownik medyczny 4  |   |
| 5.  | Ratownik medyczny 5  |   |
| 6.  | Ratownik medyczny 6  |   |
| 7.  | Ratownik medyczny 7  |   |
| 8.  | Ratownik medyczny 8  |   |

5. Oferuję (jemy) miesięczną cenę brutto oferty:

Opaski (cena jednego urządzenia):

Abonament miesięczny za opaskę:

Cena łączna brutto:

6. Oferuje następującą opaskę (producent, model) .....

Dodatkowa punktacja:

|   |           |        |
|---|-----------|--------|
| 1) urządzenie posiada możliwość bezprzewodowego ładowania indukcyjnego i magnetycznego poprzez stację dokującą z sygnalizacją świetlną informującą o ładowaniu, co potwierdza karta katalogowa.   | TAK / NIE | 10 pkt |
| 2) urządzenie posiada klasę wodoszczelności i pyłoszczelności min. IP67, co należy potwierdzić certyfikatem wydanym przez jednostkę akredytowaną lub raportem z badań z laboratorium posiadającym akredytację w tym zakresie  | TAK / NIE | 10 pkt |
| 3) Wykonawca posiada wdrożony System Zarządzania Jakością zgodny z normami ISO 22301:2019 (zachowanie ciągłości działania) w obszarze usług teleopiekuńczych, co należy potwierdzić certyfikatem wydanym przez jednostkę akredytowaną. W przypadku powierzenia realizacji tej części zamówienia podwykonawcy, podwykonawca również musi posiadać wdrożony system zarządzania zgodny z | TAK / NIE | 10 pkt |

|  |           |        |
|--|-----------|--------|
| normami ISO 22301:2019 (zachowanie ciągłości działania) <b>w obszarze usług teleopiekuńczych</b> , co należy potwierdzić certyfikatem wydanym przez jednostkę akredytowaną – 10 pkt  |           |        |
| 4) urządzenie jest wyrobem medycznym <b>minimum klasy 2a</b> potwierdzone certyfikatem wydanym przez jednostkę posiadającą aktualną akredytację w tym zakresie lub potwierdzenie jakości pomiarów na zgodność z normą EN ISO 80601-2-61:2019 dokumentem z badań laboratoryjnych przeprowadzonych przez jednostkę posiadającą aktualną akredytację w tym zakresie | TAK / NIE | 20 pkt |

7. Zdoylem (liśmy) wszelkie informacje konieczne do przygotowania niniejszej oferty i realizacji zamówienia.

8. Oferowana cena obejmuje wszelkie koszty, jakie poniesie Wykonawca z tytułu należytej oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami realizacji przedmiotu zamówienia.

9. Akceptuję (my) warunki płatności: w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.

10. Termin związania ofertą wynosi 60 dni.

11. Załączniki do oferty:

- dokumenty potwierdzające umocowanie do złożenia oferty;

.....  
Podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy