

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 2/2022 MCR Clinic Sp. z o.o. – Formularz Oferty

....., dnia 2022 r.
(miejscowość)

Dane Wykonawcy:

Nazwa:	
Siedziba/adres:	
NIP:	
Nr tel.:	
E-mail:	

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 2/2022 składamy MCR Clinic Sp. z o.o. niniejszą ofertę i proponujemy następujące warunki:

Termin realizacji przedmiotu zamówienia: październik 2022 – grudzień 2022

WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:**1. Zdolność techniczna w zakresie doświadczenia Wykonawcy**

Wykaz projektów informatycznych w obszarze merytorycznym i technologicznym zamówienia

a)

Nazwa/tytuł projektu	Termin realizacji projektu	Wykorzystana technologia (JAVA lub PHP lub .NET)
1.		
2.		
3.		

4.		
5.		

b)

Nazwa/tytuł projektu	Termin realizacji projektu	Wartość projektu
1.		
2.		
3.		
	SUMA:	

c)

Nazwa/tytuł projektu oraz nazwa podmiotu – klienta z branży farmaceutycznej	Termin realizacji projektu	Wartość projektu
1.		

2. Potencjału wykonawczego i organizacyjnego Wykonawcy

Niniejszym oświadczam, że posiadam przychody roczne w wys. średniej nie niższej niż 1.000.000,00 (słownie: jeden milion) zł w ostatnich dwóch zamkniętych latach obrotowych (patrz Załącznik nr 1 do Formularza Oferty)

3. Posiadanie osób zdolnych do wykonania zamówienia

Stanowisko	Imię i nazwisko	Spełnianie kryteriów z zakresu wymagań wskazanych w pkt III. 4. (Posiadanie osób zdolnych do wykonania zamówienia)
1. Kierownik projektu IT		
2. Programista JAVA/.NET		

3. Programista JAVA/.NET		
4. Tester (QA)		
5. Analityk/Architekt systemów IT		
6. Specjalista ds. Baz danych/Administrator DevOps		

4. Okres gwarancji jakości i rękojmi oraz terminów płatności

Niniejszym udzielam okresu gwarancji jakości i rękojmi za wady na okres co najmniej 1 roku licząc od daty odbioru końcowego robót oraz ustalam terminy płatności ze strony Zamawiającego nie krótsze niż czternaście (14) dni.

5. Potencjał ekonomiczny i sytuacja finansowa Wykonawcy

Niniejszym oświadczam, że posiadam zarówno płynność finansową jak i ubezpieczenie niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia (patrz Załączniki nr 2 oraz 3 do Formularza Oferty).

6. Wpłata wadium

Niniejszym oświadczam, że dokonałem wpłaty wadium w wys. 3000,00 (słownie: trzy tysiące) zł na rachunek bankowy wskazany w Zapytaniu Ofertowym / składałem ekwiwalentną do wadium ubezpieczeniową gwarancję wadialną* (patrz Załącznik nr 4 do Formularza Oferty).

*niepotrzebne skreślić

7. Niepodleganie wykluczeniu

Niniejszym oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania i nie spełniam podstaw wykluczenia opisanych w pkt. III.8. zapytania ofertowego.

OFERTA NA PRZEPROWADZENIE PRAC ROZWOJOWYCH (B+R) W ZAKRESIE USŁUG PROGRAMISTYCZNYCH I WDROŻENIOWYCH SPECJALISTYCZNEGO SYSTEMU IT PRZEZNACZONEGO DO ZDALNEGO MONITOROWANIA BADAŃ KLINICZNYCH

Kryterium nr 1: Cena netto za całą wartość zamówienia

cena netto:zł.

słownie:

.....

podatek VAT zł.

słownie:

.....

cena brutto: zł.

słownie:

.....

W tym cena za wdrożenia

cena netto:zł.

słownie:

.....

podatek VAT zł.

słownie:

.....

cena brutto: zł.

słownie:

.....

W tym cena za funkcjonalności

cena netto:zł.

słownie:

.....

podatek VAT zł.

słownie:

.....

cena brutto: zł.

Kryterium nr 2: Sposób realizacji zamówienia – transfer wiedzy, zarządzanie jakością

1. Niniejszym oświadczam, że Kierownikiem Projektu IT będzie _____ (imię i nazwisko):

- właściciel lub współwłaściciel (w przypadku podmiotów i przedsiębiorców nieposiadających osobowości prawnej) _____ (nazwa Wykonawcy)*
- członek zarządu (w przypadku spółek prawa handlowego) _____ (nazwa Wykonawcy)*

**niepotrzebne skreślić*

2. Niniejszym oświadczam, że Projekt

- będzie* (patrz Załącznik nr 5 do Formularza Oferty)
- nie będzie*

realizowany w oparciu o certyfikowany System Zarządzania Jakością zgodny z ISO 9001 (określenie punktów krytycznych w procesie wykonania przedmiotu zamówienia, kontrolowanie stanu zaawansowania, jakości prac programistycznych i wdrożeniowych oraz stosowanie, jeśli konieczne, środków zaradczych - zgodnie z procedurami ISO 9001);

** niepotrzebne skreślić*

Kryterium nr 3: Jakość realizacji przedmiotu zamówienia

Stanowisko	Imię i nazwisko	Liczba lat doświadczenia zawodowego
1. Kierownik projektu IT		
2. Programista JAVA/PHP/.NET		
3. Programista JAVA/PHP/.NET		
4. Tester (QA)		
5. Analityk/Architekt systemów IT		
6. Specjalista ds. Baz danych/Administrator DevOps		
	SUMA:	

ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY:

1. Załącznik nr 1 (zatwierdzone sprawozdania finansowe za ostatnie dwa zamknięte lata obrotowe; aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) albo aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG), wystawiony/e nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert; odpis KRS lub zaświadczenie CEIDG mogą być dołączone w formie wydruku ze strony internetowej)
.....
.....
2. Załącznik nr 2 (Zaświadczenie z banku/spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej lub wyciąg z rachunku bankowego potwierdzające spełnienie kryterium dostępu Potencjału ekonomicznego i sytuacji finansowej Wykonawcy)
.....
.....
3. Załącznik nr 3 (Polisa ubezpieczeniowa potwierdzająca spełnienie kryterium dostępu Potencjału ekonomicznego i sytuacji finansowej Wykonawcy)
.....
.....
4. Załącznik nr 4 (Potwierdzenie wpłaty wadium lub kopia ubezpieczeniowej gwarancji wadialnej)
.....
.....
5. Załącznik nr 5 (certyfikat ISO 9001)
.....
.....

Inne

6. Załącznik nr 5
7. Załącznik nr 6
8. Załącznik nr 7

Niniejszym oświadczamy, że:

- a. Zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym i nie wnosimy do niego żadnych zastrzeżeń.
- b. Uzyskaliśmy wszelkie niezbędne informacje w terminie umożliwiającym złożenie kompletnej oferty.
- c. Pozostajemy związani złożoną ofertą przez minimum 60 dni liczone wraz z upływem terminu składania ofert.
- d. W przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- e. W związku ze składaną ofertą do Projektu dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój 2014-2020 przyjmuję do wiadomości (zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. – RODO), iż Administratorem moich danych osobowych będzie MCR Clinic Sp. z o.o. ul. Nowy Świat 60/9, 00-357 Warszawa (dalej:

MCR). Wyrażam zgodę aby moje dane osobowe przetwarzane były w celu realizacji zadań związanych ze świadczeniem usług realizowanych przez MCR zarówno za moją zgodą (art. 6 ust. 1 lit a RODO) jak i na podstawie zawartych umów (6 ust. 1 lit b RODO) oraz gdy jest to niezbędne z uwagi na prawnie uzasadnione interesy realizowane przez MCR (art. 6 ust. 1 lit. f RODO).

.....
(podpis osoby uprawnionej)