

**ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY**  
**Nr 1/IEDM-ZAP/2016**

Mając na uwadze obowiązki wynikające ze stosowania zasad uczciwej konkurencji, efektywności, jawności i przejrzystości, CENTRUM MEDYCZNE PUŁAWSKA sp. z o.o., jako realizator projektu „Implementacja elektronicznej dokumentacji medycznej”, zwraca się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej z uwzględnieniem poniższych wymagań:

**I. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:**

Przedmiotem zamówienia jest budowa systemu informatycznego dla CENTRUM MEDYCZNE PUŁAWSKA sp. z o.o na potrzeby projektu „Implementacja elektronicznej dokumentacji medycznej”.

**II. SZCZEGÓŁOWY OPIS FUNKCJONALNY PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

Wykonanie procesów w ramach KaMedika (lub równoważne) w zakresie następujących funkcjonalności:

- Wprowadzanie danych pacjenta do bazy w recepcji
- Modyfikacja danych pacjenta w bazie
- Scalanie danych pacjenta w bazie danych
- Umawianie wizyty telefonicznie lub osobiście
- Modyfikacja zamówionej wizyty telefonicznie lub osobiście
- Odwołanie zamówionej wizyty telefonicznie lub osobiście
- Rejestracja wizyty
- Realizacja konsultacji lekarskiej
- Realizacja zabiegu lekarskiego
- Realizacja świadczenia w gabinecie zabiegowym/punkcie pobrań
- Realizacja badania diagnostycznego
- Budowa cennika usług
- Budowa listy płatników
- Budowa listy firm
- Wystawianie faktur zbiorczych dla płatników
- Podgląd informacji i alertów dla pracowników kliniki
- Budowa listy alokacji zasobów trwałych (sprzętu medycznego)
- Zarządzanie stanem magazynowym
- Przeprowadzanie badania Medycyny Pracy
- Przygotowanie szablonu uprawnień
- Generowanie raportów
- KA-medica Przychodnia (lub równoważny) - przychodnia (300 licencji)
- KA-medica Rehabilitacja (lub równoważny) - rehabilitacja (300 licencji)
- Dostosowanie do rozproszonej struktury placówek

### III. WARUNKI ZAMAWIAJĄCEGO:

1. Ilość i rodzaj dostarczanych usług muszą być zgodne z niniejszym *Zaproszeniem do złożenia oferty*.
2. Podstawą wystawienia faktury VAT przez Wykonawcę będą protokoły odbioru poszczególnych usług w ramach zamówienia podpisane przez Zamawiającego i Wykonawcę.

### IV. CENA OFERTY:

Cena oferty musi uwzględniać wykonanie wszystkich prac i czynności oraz zawierać wszystkie koszty [netto] związane z realizacją zamówienia.

### V. OBOWIĄZKI WYKONAWCY:

Do obowiązków Wykonawcy należy:

1. Realizacja przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami opisanymi w pkt II i w terminach określonych w pkt VII niniejszego *Zaproszenia do złożenia oferty*.
2. Utrzymanie cen na dostarczane usługi przez okres trwania umowy.

### VI. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW:

1. Dostarczenie przez Wykonawcę wypełnionej i podpisanej *Oferty* (w formie papierowej), której wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego *Zaproszenia*.
2. Dostarczenie przez Wykonawcę wypełnionego i podpisanego *Oświadczenia o braku powiązań* (w formie papierowej), którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego *Zaproszenia*.
3. Wykonawca posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień - dostarczenie aktualnego wyciągu (kopia poświadczona za zgodność z oryginałem) lub wydruku z Krajowego Rejestru Sądowego, innego właściwego rejestru (np. ewidencji działalności gospodarczej), z okresu nie dłuższego niż 6 miesięcy przed dniem złożenia *Oferty* lub innego dokumentu potwierdzającego formę i charakter prowadzonej działalności.
4. Wykonawca znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
5. Wykonawca nie należy do kategorii wykonawców wykluczonych z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.
6. Dostarczenie przez Wykonawcę oświadczenia o realizacji projektów dla firm posiadających powyżej 10 filii oraz o realizacji projektów dla ambulatoriów medycznych.

### VII. TERMIN I MIEJSCE REALIZACJI ZAMÓWIENIA

1. Wymagany termin realizacji zamówienia: 30.09.2017 r.
2. Miejsce realizacji zamówienia: Biuro projektu: CENTRUM MEDYCZNE PUŁAWSKA sp. z o.o., ul. Puławska 49, 05-500 Piaseczno

### VIII. KRYTERIA OCENY OFERT

Oferty dopuszczone do oceny muszą spełnić warunki wymienione w części VI (oceniane metodą 0 - 1; nie spełnienie chociażby jednego warunku, skutkować będzie wykluczeniem Oferenta z postępowania).

Zamawiający dokona oceny ofert na podstawie następujących kryteriów:

- **cena netto (w PLN) – waga 40%**  
(ocenie podlega cena netto, im niższa zaproponowana cena, tym oferta będzie lepiej oceniana)  
Sposób przyznania punktów: oferta z najniższą ceną otrzymuje 50 punktów  
pozostałe oferty są punktowane liniowo wedle następującej formuły arytmetycznej:  
 $(X+Y) \times 40$ , gdzie:

CENTRUM MEDYCZNE PUŁAWSKA Sp. z o.o.

Paweł Walicki  
Dyrektor Zarządu



X = najniższa cena,  
Y = wartość ocenianej oferty.

- **długość bezpłatnej gwarancji (w miesiącach) – waga 50%**  
(ocenie podlega okres gwarancji wyrażony w miesiącach, im dłuższa gwarancja tym oferta będzie lepiej oceniana)

Sposób przyznania punktów: oferta z najdłuższym okresem gwarancji otrzymuje 40 punktów, pozostałe oferty są punktowane liniowo wedle następującej formuły arytmetycznej

$(Y \div X) \times 50$ , gdzie:

X = najdłuższy okres gwarancji,

Y = okres gwarancji ocenianej oferty.

- **czas wdrożenia (w miesiącach) – waga 10%**

Sposób przyznania punktów: oferta z najkrótszym okresem wdrożenia otrzymuje 10 punktów, pozostałe oferty są punktowane liniowo wedle następującej formuły arytmetycznej:

$(X \div Y) \times 10$ , gdzie:

X = najkrótszy czas wdrożenia,

Y = okres wdrażania ocenianej oferty

Przyjmuje się, iż 1% wagi kryterium = 1 pkt.

Za najkorzystniejszą ofertę uznana została oferta, która uzyska największą liczbę punktów we wszystkich kryteriach łącznie.

Zamówienie zostanie udzielone Oferentowi nie podlegającemu wykluczeniu, którego oferta nie będzie podlegała odrzuceniu, a ceny poszczególnych usług nie przekroczą kwot zaplanowanych w budżecie projektu.

#### **IX. OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTU PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO:**

Marta Piotrowska, e-mail: [zamowienia@cmp.med.pl](mailto:zamowienia@cmp.med.pl) tel. 22 737 50 22

#### **X. TERMIN I ADRES SKŁADANIA OFERT**

1. Ofertę należy przekazać w terminie do dnia 31.08.2016 r. włącznie na adres:  
CENTRUM MEDYCZNE PUŁAWSKA sp. z o.o.  
UL. PUŁAWSKA 49  
05-500 PIASECZNO
2. Oferty należy dostarczyć pocztą elektroniczną, faksem lub osobiście na wzorze dołączonym do niniejszego Zaproszenia. Proszę oznaczyć maila tematem „Nr 1/IEDM-ZAP/2016”
3. Ocena ofert zostanie dokonana do dnia 02.09.2016 r., a wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty przekazany wszystkim oferentom składającym oferty, na stronie internetowej Zamawiającego pod adresem <http://cmp.med.pl> oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego.

#### **XI.ZASTRZEŻENIA**

1. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
2. Oferta musi być sporządzona w języku polskim.
3. Zamawiający nie dopuszcza składania oferty częściowej.
4. Oferent może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.

5. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
6. Zaproszenie do złożenia oferty zamieszczono na stronie Zamawiającego <http://cmp.med.pl> oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego.
7. Niniejsze zaproszenie do złożenia oferty nie stanowi zobowiązania Zamawiającego do zawarcia umowy.
8. Termin ważności oferty – do 31.10.2016 r.
9. W celu realizacji zamówienia z wybranym Oferentem zostanie podpisana umowa.
10. Zmiana umowy zawartej w wyniku przeprowadzonego postępowania ofertowego z Wykonawcą jest dopuszczalna pod następującymi warunkami:
  - W zakresie zmiany terminów realizacji usług w przypadku:
    - działania siły wyższej, uniemożliwiającej wykonanie umowy w terminie,
    - gdy termin zakończenia realizacji przedmiotu zamówienia przez Wykonawcę jest niemożliwy z powodu okoliczności leżących po stronie Zamawiającego,
    - konieczności uzyskania dodatkowej dokumentacji niezbędnej do prawidłowej realizacji przedmiotu zamówienia, w tym niezbędnych decyzji, pozwoleń/zezwoleń.
  - W przypadku wystąpienia którejkolwiek z w/w okoliczności termin wykonania przedmiotu zamówienia może ulec odpowiedniemu przedłużeniu o okres:
    - niezbędny do usunięcia skutków działania siły wyższej,
    - niezbędny do zakończenia wykonywania przedmiotu zamówienia w sposób należyty, nie dłużej jednak niż okres trwania tych okoliczności,
    - niezbędny do uzyskania przedmiotowej dokumentacji.
11. Zamawiający zastrzega sobie prawo do nie wybrania żadnej oferty.

## XII. ZAŁĄCZNIKI

1. Wzór Oferty
2. Wzór Oświadczenie o braku powiązań

CENTRUM MEDYCZNE PUŁAWSKA Sp. z o.o.  
  
Paweł Walicki  
Prezes Zarządu

**Centrum Medyczne Puławska Sp. z o.o.**

ul. Puławska 49, 05-500 Piaseczno  
NIP: 123-09-55-789, REGON: 017495161  
tel. 22 737 50 50, tel./fax: 22 737 50 24