**FORMULARZ OFERTOWY**

Do Zamawiającego:

Bonifraterskie Centrum Medyczne sp. z o.o.

ul. gen. Romualda Traugutta 57/59, 50-417 Wrocław

Numer postępowania: 5/KPO/BCM

Nazwa zamówienia: Wdrożenie SZBI, usługi SOC oraz szkolenia dla personelu (Inwestycja KPO D.1.1.2)

**I. DANE WYKONAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** |  |
| Adres rejestrowy |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| KRS / CEIDG |  |
| Adres e-mail do korespondencji |  |
| Osoba do kontaktu |  |
| Numer telefonu |  |
| **Status przedsiębiorstwa MŚP** | ☐ Mikro  ☐ Małe  ☐ Średnie  ☐ Duże (Inne) |

**II. CENA OFERTOWA**

Niniejszym składam/y ofertę na realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi w Zapytaniu Ofertowym oraz Opisie Przedmiotu Zamówienia (OPZ).

**A. ZAMÓWIENIE PODSTAWOWE (Gwarantowane – Szpital w Katowicach)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia (zgodnie z OPZ Rozdział 4)** | **Wartość Netto (PLN)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość VAT (PLN)** | **Wartość Brutto (PLN)** |
| 1. | **SOC** (Security Operations Center) – usługa monitorowania |  |  |  |  |
| 2. | **EDR** (Endpoint Detection and Response) – licencje i wdrożenie |  |  |  |  |
| 3. | **Przygotowanie, wdrożenie i utrzymanie procedur związanych z SZBI** (rola Security Officer dla lokalizacji głównej) |  |  |  |  |
| 4. | **Szkolenia dla kadry kierowniczej** z zakresu SZBI |  |  |  |  |
| 5. | **Szkolenia dla personelu medycznego i administracyjnego** z SZBI |  |  |  |  |
| **RAZEM** | **SUMA ZAMÓWIENIA PODSTAWOWEGO (A)** |  | **X** |  |  |

**B. PRAWO OPCJI (Niegwarantowane – Jednostki Powiązane)**

*Zamawiający zastrzega sobie prawo do nieskorzystania z Opcji (w całości lub w części dotyczącej poszczególnych lokalizacji oraz elementów). Wycena usług ciągłych (SOC, EDR, Security Officer) obejmuje okres 36 miesięcy.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie (Lokalizacja / Element Opcji)** | **Wartość Netto (PLN)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość VAT (PLN)** | **Wartość Brutto (PLN)** |
| **I.** | **ODDZIAŁ W KRAKOWIE** |  |  |  |  |
| 1. | Opcja Element 1a: Usługa SOC |  |  |  |  |
| 2. | Opcja Element 1b: System EDR (Licencje/Usługa) |  |  |  |  |
| 3. | Opcja Element 2: *(Zgodnie z OPZ)* |  |  |  |  |
| 4. | Opcja Element 3: *(Zgodnie z OPZ)* |  |  |  |  |
| 5. | Opcja Element 4: Wdrożenie SZBI (dokumentacja/adaptacja) |  |  |  |  |
| 6. | Opcja Element 5: Security Officer (Nadzór) |  |  |  |  |
| **II.** | **ODDZIAŁ W WARSZAWIE** |  |  |  |  |
| 7. | Opcja Element 1a: Usługa SOC |  |  |  |  |
| 8. | Opcja Element 1b: System EDR (Licencje/Usługa) |  |  |  |  |
| 9. | Opcja Element 2: *(Zgodnie z OPZ)* |  |  |  |  |
| 10. | Opcja Element 3: *(Zgodnie z OPZ)* |  |  |  |  |
| 11. | Opcja Element 4: Wdrożenie SZBI (dokumentacja/adaptacja) |  |  |  |  |
| 12. | Opcja Element 5: Security Officer (Nadzór) |  |  |  |  |
| **III.** | **ODDZIAŁ WE WROCŁAWIU** |  |  |  |  |
| 13. | Opcja Element 1a: Usługa SOC |  |  |  |  |
| 14. | Opcja Element 1b: System EDR (Licencje/Usługa) |  |  |  |  |
| 15. | Opcja Element 2: *(Zgodnie z OPZ)* |  |  |  |  |
| 16. | Opcja Element 3: *(Zgodnie z OPZ)* |  |  |  |  |
| 17. | Opcja Element 4: Wdrożenie SZBI (dokumentacja/adaptacja) |  |  |  |  |
| 18. | Opcja Element 5: Security Officer (Nadzór) |  |  |  |  |
| **IV.** | **CENTRALA BCM** |  |  |  |  |
| 19. | Opcja Element 1a: Usługa SOC |  |  |  |  |
| 20. | Opcja Element 1b: System EDR (Licencje/Usługa) |  |  |  |  |
| 21. | Opcja Element 2: *(Zgodnie z OPZ)* |  |  |  |  |
| 22. | Opcja Element 3: *(Zgodnie z OPZ)* |  |  |  |  |
| 23. | Opcja Element 4: Wdrożenie SZBI (dokumentacja/adaptacja) |  |  |  |  |
| 24. | Opcja Element 5: Security Officer (Nadzór) |  |  |  |  |
| **RAZEM** | **SUMA PRAWA OPCJI (B) [Suma poz. 1-24]** |  | X |  |  |

**C. ŁĄCZNA CENA OFERTY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SKŁADNIK** | **WARTOŚĆ NETTO (PLN)** | **WARTOŚĆ BRUTTO (PLN)** |
| **SUMA (A + B)** |  |  |
| (słownie brutto) |  |  |

**III. KRYTERIA OCENY OFERT (POZACENOWE)**

Oświadczam, że oferuję realizację zamówienia przy zachowaniu następujących parametrów, podlegających ocenie w ramach kryteriów pozacenowych (zgodnie z zapisami Zapytania Ofertowego):

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium** | **Deklarowana wartość / Opis** |
| **Czas Reakcji (SLA)** na Incydent Krytyczny (w godzinach/minutach) | ............................................................ *(np. do 2h, do 4h - zgodnie z wagami w ZO)* |
| **Gwarancja / Okres Wsparcia** (jeśli dotyczy) | ............................................................ |

**IV. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

Działając w imieniu Wykonawcy, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam/y co następuje:

1. Oświadczenie o zapoznaniu się z dokumentacją

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Zapytania Ofertowego nr 5/KPO/BCM, Opisem Przedmiotu Zamówienia (Załącznik nr 1) oraz wzorem Umowy i akceptuję je bez zastrzeżeń. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy na warunkach tam określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

2. Oświadczenie o terminie związania ofertą

Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

3. Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia (Sankcje Rosyjskie)

Oświadczam, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. poz. 835). Oświadczam, że:

1. Nie jestem wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;
2. Moim beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu nie jest osoba wymieniona w w/w wykazach ani wpisana na listę;
3. Moja jednostka dominująca w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy o rachunkowości nie jest wymieniona w w/w wykazach ani wpisana na listę.

4. Oświadczenie o braku powiązań (Konflikt Interesów - Wytyczne Kwalifikowalności)

Oświadczam, że nie zachodzą powiązania osobowe lub kapitałowe z Zamawiającym (Bonifraterskie Centrum Medyczne sp. z o.o.). Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

5. Oświadczenie DNSH (Do No Significant Harm)

Oświadczam, że oferowane rozwiązania są zgodne z zasadą "Nie czyń poważnych szkód" (DNSH) w rozumieniu Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2020/852. W szczególności:

* Dostarczany sprzęt (jeśli dotyczy) spełnia wymogi dyrektywy RoHS oraz posiada certyfikaty energooszczędności.
* Wdrożone procesy cyfrowe nie będą generować nadmiernego zużycia energii w stosunku do standardów rynkowych.

6. Informacja o podwykonawcach

Zamówienie zrealizuję:

☐ Samodzielnie

☐ Przy udziale Podwykonawców w następującym zakresie:

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

(podać zakres i nazwę firmy podwykonawcy, jeśli jest znana)

*Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.*

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

(Miejscowość, data)

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

(Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)