****

**Zapytanie o informację cenową**

**Rozeznanie rynku w zakresie warunków cenowych** **na zakup usługi Unified Enterprise Support.**

Warszawa, 30 października 2024 r.

1. **Przedmiot i cel Zapytania o informację**

Zakład Ubezpieczeń Społecznych rozważa dokonanie zakupu polegającego na **„zakupie usługi Unified Enterprise Support”**.

1. Szczegółowy opis zapytania stanowi **Załącznik nr 1** do Zapytania o informację.
2. Celem niniejszego Zapytania o informację jest pozyskanie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych od podmiotów zajmujących się profesjonalnie określonym zakresem, danych dotyczących szacunkowego kosztu realizacji.
3. **Ogólne informacje o charakterze formalnym**
4. Niniejsze Zapytanie o informację **nie stanowi oferty zawarcia umowy w rozumieniu przepisów *ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r.- Kodeks cywilny*.** Udzielenie odpowiedzi na niniejsze Zapytanie o informację nie będzie uprawniało do występowania z jakimikolwiek roszczeniami w stosunku do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
5. Niniejsze Zapytanie o informację **nie jest elementem jakiegokolwiek postępowania o udzielenie zamówienia, w rozumieniu *ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych***, jak również nie jest elementem jakiegokolwiek procesu zakupowego prowadzonego w oparciu o wewnętrzne regulacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
6. Złożenie odpowiedzi na niniejsze Zapytanie o informację jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody przez podmiot składający taką odpowiedź na nieodpłatne wykorzystanie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych wszystkich lub części przekazanych informacji.
7. **Termin i sposób złożenia odpowiedzi na Zapytanie o informację**
8. Odpowiedź na Zapytanie o informację należy przygotować w oparciu o formularz stanowiący **Załącznik nr 2** do Zapytania o informację.
9. W przypadku, gdy informacje zawarte w odpowiedzi na Zapytanie o informację stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, podmiot składający taką odpowiedź winien to wyraźnie zastrzec w odpowiedzi. Brak przedmiotowego zastrzeżenia Zakład Ubezpieczeń Społecznych będzie traktował przekazane informacje jako informacje, które nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa.
10. Zamawiający zwraca się z prośbą o przedstawienie wszelkich informacji dotyczących usług objętych przedstawioną wyceną. Zamawiający dopuszcza zaproponowanie zmian zapisów o ile zostaną wyraźnie wskazane w odpowiedzi na Zapytanie o informację oraz nie powodują zmiany ogólnego charakteru treści Zapytania o informację. Wszelkie wątpliwości lub pytania należy zgłaszać za pośrednictwem Platformy Smart PZP (https://portal.smartpzp.pl/zus).
11. Odpowiedź na Zapytanie o informację należy przesłać w terminie do **12 listopada 2024 roku** do godziny 16:00 na Platformę Smart PZP: https://portal.smartpzp.pl/zus

**Załącznik nr 1 – Szczegółowy opis zapytania:**

1. W ramach usługi Unified Enterprise Support, Wykonawca zapewni Zamawiającemu 5722 godzin usług wsparcia inżynierskiego w okresie 36 miesięcy, na które składają się:
2. 1134 godzin działań reaktywnych (wsparcie techniczne) – rozwiązywanie problemów w języku polskim lub angielskim, zgłoszonych telefonicznie lub na e-mail.

Usługa ta musi być dostępna 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Wymagany Czas reakcji:

1. 1 godzina dla problemów krytycznych, które powodują całkowity brak bądź drastyczne obniżenie jakości działania kluczowych usług, liczona od czasu dokonania zgłoszenia,
2. 4 godziny dla pozostałych problemów, liczone od czasu dokonania zgłoszenia,
3. w przypadku problemów technicznych, możliwość dokonywania poprawek w kodzie źródłowym oprogramowania Microsoft,

przy czym priorytet zgłoszenia określa Zamawiający. Określony przez Zamawiającego priorytet jest wiążący dla Wykonawcy;

1. 4588 godzin działań proaktywnych (wsparcie techniczne) w szczególności:
2. zapobieganie występowaniu awarii,
3. wykonywanie przeglądów i audytów, na bazie rekomendacji grup produktowych.
4. przygotowanie standardów eksploatacyjnych;
5. dostęp do laboratoriów i specjalistów producenta pozwalających na:
6. możliwość testowania specyficznych rozwiązań klienta w laboratorium producenta,
7. możliwość szybkiego rozwiązywania problemów w ramach wsparcia projektów wdrożeniowych i developerskich, poprzez przygotowanie dedykowanych projektów oraz poprawek w kodzie produktów (tzw. HOT FIXy);
8. dostęp do zbiorczych, comiesięcznych raportów zawierających listę wszystkich poprawek do produktów Microsoft;
9. dostęp do bazy wiedzy produktów:
10. dostęp do bazy wiedzy Producenta oraz do zastrzeżonych prawami autorskimi bibliotek architektury referencyjnej i najlepszych praktyk w obszarze wdrożenia i eksploatacji produktów Producenta oraz tworzenia własnych rozwiązań,
11. dostęp do historii wszystkich incydentów (awarii) dotyczących produktów Producenta i rozwiązań, zgłoszonych przez klientów Producenta na całym świecie;
12. zapewnienie informacji o nowych wersjach i funkcjonalnościach produktów przed oficjalnym upublicznieniem:
13. informacji o datach dostępności i datach planowanego zakończenia wsparcia,
14. możliwości otrzymania wersji przedprodukcyjnych w tym wersji Beta do testów, oraz uczestnictwo w programach Technology Adoption Program – (TAP) po przejściu procesu kwalifikacyjnego;
15. możliwość zgłaszania wymagań do grup produktowych Producenta;
16. dostęp do portalu www z historią wszystkich incydentów zgłoszonych przez Zamawiającego;
17. W ramach świadczenia usług do Zamawiającego zostanie przypisany Dedykowany Opiekun Techniczny Producenta, który będzie odpowiedzialny za zarządzanie wykorzystaniem przedmiotowej Umowy od strony technicznej i biznesowej.
18. Po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego, Wykonawca będzie przedstawiał Zamawiającemu Miesięczny Raport z Realizacji Usług. Dodatkowo, do raportu dołączone będą informacje ze wszystkich obsługiwanych problemów, ich opis, priorytet, status, nazwiska osób odpowiedzialnych za obsługę danego problemu wraz z opisem podjętych czynności (wykonanych lub planowanych), czasy realizacji zgłoszeń.

**Załącznik nr 1 do Zapytania o informację cenową**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy: |  |
| Adres Wykonawcy:  (kod, miejscowość, ulica, nr lokalu) |  |
| Nr telefonu: |  |
| Adres e-mail: |  |

**Zakład Ubezpieczeń Społecznych**

**ul. Szamocka 3, 5**

**01-748 Warszawa**

**FORMULARZ ODPOWIEDZI NA ZAPYTANIE O INFORMACJĘ CENOWĄ**

1. W odpowiedzi na Zapytanie o informację cenową dotyczącą **„zakupu usługi Unified Enterprise Support”**.
2. Poniższe informacje (\*wybrać właściwe\*):
   * \*zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów  
     o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być ujawniane innym podmiotom.
   * \*nie zawierają informacji stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów  
     o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i mogą być ujawniane innym podmiotom.

**UWAGA**: w przypadku gdy Wykonawca nie zaznaczy żadnej z ww. opcji, ZUS przyjmie, że Wykonawca nie zastrzega przekazanych informacji jako stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa, co w konsekwencji oznaczać będzie, że takie informacje będą udostępnianie przez ZUS w trybie dostępu do informacji publicznej, na stosowny wniosek innych podmiotów.

1. Wszelką korespondencję dotyczącą przedmiotowej odpowiedzi na zapytanie o informację cenową należy kierować na:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko: |  |
| Nazwa podmiotu: |  |
| Adres: |  |
| Nr telefonu: |  |
| Nr faksu: |  |
| Adres e-mail: |  |

1. Wycena zamówienia:

Całkowita wartość zamówienia brutto (wraz z podatkiem VAT): ………………………………... (słownie złotych: ……………………………………………………………………………………………………………………..).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Rodzaj usługi | Liczba | Jednostka miary | Cena jednostkowa netto bez podatku  VAT w PLN | Łączna cena netto bez podatku  VAT w PLN  (kol 2 x kol 4) | Stawka podatku VAT w % | Łączna cena brutto z podatkiem  VAT w PLN  (kol 5 + kol 5x kol 6) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Pakiet godzin reaktywnych | 1134 | godzina |  |  |  |  |
| 2 | Pakiet godzin reaktywnych | 4588 | godzina |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(-ych) | Podpis(-y) osoby(osób) uprawnionej(-ych) | Miejscowość i data |
|  |  |  |