Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr 05.01.00-00-0025/19/04

…………………………………………..

(miejscowość, data)

**Oferta na usługę przygotowania elektronicznego narzędzia przesiewowego**

**Dane Wykonawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko (Nazwa), adres Wykonawcy,  NIP nr telefonu, e-mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I. Oferta finansowa** | | | |
| **Przedmiot zamówienia** | | **Cena**  **netto** | **Cena**  **brutto** |
| Usługa przygotowania elektronicznego narzędzia przesiewowego (do efektywnej wymiany danych o pacjentach kwalifikowanych w ramach projektu) – opracowanie specyfikacji ankiet i pytań | |  |  |
| Usługa przygotowania elektronicznego narzędzia przesiewowego – prace programistyczne przy tworzeniu narzędzia przesiewowego (100 godzin) | |  |  |
| Usługa przygotowania elektronicznego narzędzia przesiewowego – uruchomienie platformy badawczej, zakładanie kont użytkownikom | |  |  |
| Usługa przygotowania elektronicznego narzędzia przesiewowego – hosting, helpdesk (do 10 godzin miesięcznie) | |  |  |
| Usługa przygotowania elektronicznego narzędzia przesiewowego – szkolenie dla użytkowników platformy | |  |  |
| **II. Czas realizacji zamówienia** | | | |
| Czas realizacji zamówienia  w dniach kalendarzowych | ………………….. dni kalendarzowych | | |

**Osoba do kontaktu**

**…………………………………………………………….**

(imię nazwisko, adres e-mail, nr telefonu)

**….………………………………………..**

Pieczęć oraz podpis osoby lub osób uprawnionej/ych

do reprezentowania wykonawcy

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 05.01.00-00-0025/19/04

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(niewłaściwe skreślić)** |
| Elektroniczne narzędzie przesiewowe | Raportowanie wyłącznie określonych wyników ankiet | TAK/NIE |
| Poprawne działanie na następujących przeglądarkach: Internet Explorer (IE) w wersji 11 lub wyższej, Mozilla Firefox, Chrome w Microsoft Edge – w najnowszych wersjach aktualnych na dzień udostępnienia narzędzia przesiewowego | TAK/NIE |
| Platforma ma możliwość obsługi minimum  15 000 aktywnych kont użytkowników | TAK/NIE |
| Pulpit użytkownika (Front Office) i pulpit administratora (Back Office) w języku polskim | TAK/NIE |
| Interaktywny pulpit do samodzielnej konfiguracji formularzy ankiet | TAK/NIE |
| Dostęp do szkoleń online dotyczących obsługi platformy dla użytkownika | TAK/NIE |
| Responsywność pulpitu użytkownika (Front Office) na urządzeniach mobilnych | TAK/NIE |
| Bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych oraz pełna zgodność z wymogami RODO | TAK/NIE |
| Dostępność do platformy co najmniej 23 godziny na dobę w miesięcznym okresie monitoringowym | TAK/NIE |
| Zakres funkcjonalności | Możliwość dostosowania graficznego i funkcjonalnego do wymagań identyfikacji graficznej projektu. | TAK/NIE |
| Interfejs w języku polskim umożliwiający w sposób intuicyjny posługiwanie się platformą przez osoby początkujące w użytkowaniu aplikacji internetowych. | TAK/NIE |
| Dostępne operacje na kontach, takie jak: (kasowanie, blokowanie, odblokowanie, dodawanie, edytowanie) | TAK/NIE |
| System analizy z możliwością: | |
| * przeprowadzenia i analizy kwestionariuszy u 15.000 | TAK/NIE |
| * uzyskania raportu/zestawienia użytkowników, którzy uzyskali określone wyniki w ankiecie przesiewowej | TAK/NIE |
| * powiadamiania użytkowników (osób przystępujących do badania przesiewowego) o zakwalifikowaniu się do projektu, na podstawie spełniania kryteriów - uzyskania odpowiedniej liczy punktów w ankietach | TAK/NIE |

Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego nr 05.01.00-00-0025/19/04

…………………………………………..

(miejscowość, data)

**Oświadczenie o braku powiązań osobowych i kapitałowych z Zamawiającym**

Imię i Nazwisko/ Nazwa i adres Wykonawcy:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia na:

**Usługa przygotowania elektronicznego narzędzia przesiewowego, uruchomienia platformy badawczej oraz zapewnienia wsparcia technicznego – hosting, helpdesk, opracowanie specyfikacji ankiet i pytań, szkolenia dla użytkowników i zakładanie kont użytkownikom**

w ramach realizacji programu „Programu profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, nr umowy POWR.05.01.00-00-0025/19 – Beneficjent Projektu - Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w partnerstwie z Fundacją Aktywności Społeczno-Ekonomicznej (FASE)

oświadczam, że między Wykonawcą, którego reprezentuję, a Zamawiającym i Partnerem Projektu 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 nie istnieją powiązania kapitałowe lub osobowe, 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 drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

|  |  |
| --- | --- |
|  | …………….………………………………………  Pieczęć oraz podpis osoby lub osób uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy |

Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego nr 05.01.00-00-0025/19/04

**Oświadczenie o spełnieniu warunków zamówienia**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia na:

**Usługę przygotowania elektronicznego narzędzia przesiewowego, uruchomienia platformy badawczej oraz zapewnienia wsparcia technicznego – hosting, helpdesk, opracowanie specyfikacji ankiet i pytań, szkolenia dla użytkowników i zakładanie kont użytkownikom**

w ramach realizacji programu „Programu profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, nr umowy POWR.05.01.00-00-0025/19 – Beneficjent Projektu - Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w partnerstwie z Fundacją Aktywności Społeczno-Ekonomicznej (FASE)

oświadczam, że reprezentowany przeze mnie Wykonawca:

1. posiada uprawnienia do wykonywania działalności i czynności objętych przedmiotem zamówienia, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
2. posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuje potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
3. oferuje narzędzie, które posiada co najmniej 5 letni okres dostępu na rynku i jest używane przez co najmniej 3 użytkowników/ klientów w skali co najmniej 15 000 kont użytkowników aktywnych.

**Poniżej przedstawiam potwierdzenie Wykonawcy dotyczące oferowania narzędzia, które posiada co najmniej 5 letni okres dostępu na rynku**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data wprowadzenia produktu na rynek | Okres dostępu narzędzia na rynku w latach | Dane kontaktowe do osoby, która potwierdzi informacje zawarte w Ofercie (np. przedstawiciel producenta). |
| 1. |  |  |  |

**….………………………………………..**

Pieczęć oraz podpis osoby lub osób uprawnionej/ych

do reprezentowania wykonawcy

**Poniżej przedstawiam wykaz użytkowników/ klientów narzędzia w skali co najmniej 15 000 kont aktywnych użytkowników.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa użytkownika/ klienta | Liczba aktywnych kont użytkowników | Dane kontaktowe do osoby, która potwierdzi informacje zawarte w Ofercie |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**….………………………………………..**

Pieczęć oraz podpis osoby lub osób uprawnionej/ych

do reprezentowania wykonawcy

Załącznik nr 5do zapytania ofertowego nr 05.01.00-00-0025/19/04

*Oświadczenie Oferenta*

(Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art.14   
Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z realizacją Projektu pt. „**Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji”nr umowy POWR.05.01.00-00-0025/19 z dnia 6 maja 2020 r.** przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
3. w odniesieniu do zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”:
4. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
5. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn.zm.),
6. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
7. w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
8. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
9. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
10. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
11. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
12. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pt. **„Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji”**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
13. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Ministerstwo Zdrowia**, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, Beneficjentowi realizującemu Projekt - **Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher,** 02-637 Warszawa, ul. Spartańska 1, oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu - **Fundacja Aktywności Społeczno-Ekonomicznej (FASE),** 02-972 Warszawa, ul. Adama Branickiego 14/3. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
14. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
15. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
16. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
17. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
18. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
19. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
20. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) lub kontaktując się z Inspektorem Ochrony Danych Beneficjenta: Dariusz Skowera - [sekretariat.dyrektora@spartanska.pl](mailto:sekretariat.dyrektora@spartanska.pl).
21. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
22. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

…..……………………………………… ……………………………………………

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS*