

Zapytanie ofertowe na wdrożenie Modułu RIS dla badań diagnostycznych + integracja z urządzeniami medycznymi

Nr postępowania: 3/2023 z dnia 14.08.2023 r.

1. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

Przychodnia Medycyna Polska Sp. z o.o., św. Łazarza 14, 31-530 Kraków wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Krakowie, XI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000137661, NIP 6762064444

2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest wdrożenie Modułu RIS dla badań diagnostycznych + integracja z urządzeniami medycznymi.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest wdrożenie w systemie gabinetowym Zamawiającego modułu RIS (Radiology Information System) pozwalającego na wprowadzanie przez uprawniony personel medyczny opisów badań diagnostycznych jak np. EKG, USG. Moduł powinien być wdrożony w sposób pozwalający na bezpieczne zarządzanie i pozyskiwanie danych pacjentów z systemu gabinetowego Zamawiającego. Moduł RIS wraz z funkcjonalnością systemu gabinetowego powinien dawać możliwość zapisu i wysyłki wyników badań zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej.

Funkcjonalności modułu RIS:

Dodawanie zlecenia badania diagnostycznego zawierającego informacje:

- Komórka wykonująca – pozycja do wyboru z listy (zakres poradni zależny od konfiguracji)
- Kod badania – pozycja do wyboru z listy (zakres poradni zależny od konfiguracji)
- Cel badania – pole do ręcznego wypełnienia
- Procedura medyczna – pozycja do wyboru z listy (zakres poradni zależny od konfiguracji)
- Umowa – pozycja do wyboru z listy (zakres poradni zależny od konfiguracji)
- Dane zlecającego i data – wartości podpowiadane automatycznie

Wprowadzanie opisu badania diagnostycznego zawierającego informacje:

- Komórka – pole wyboru
- Nazwa badania – pole wyboru
- Wzór – pole zdefiniowane w słowniku
- Data – pole automatycznie uzupełnione w bieżącą datę
- Kod świadczenia – pole podpowiadane automatycznie
- Procedura medyczna - pole wyboru, pole obowiązkowe do uzupełnienia

- Personel opisujący – pole wyboru personelu z bazy użytkowników placówki medycznej
- Opis badania – pole do ręcznego uzupełnienia
- ICD10 - pole wyboru
- IDC9 - pole wyboru

Wypełniony dokument opisu można zapisać jako wersję roboczą za pomocą polecenia „”. Użycie polecenia „Podpisz i zatwierdź” powoduje wygenerowanie dokumentu „Opis badania diagnostycznego” w wersji elektronicznej z możliwością jego podpisu i wysyłki do platformy P1.

Szacowana wartość zamówienia – kwota pomiędzy 20.000,00 złotych, a 50.000,00 złotych netto.

3. ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY

Wykonawca obowiązany jest przygotować ofertę w sposób opisany w niniejszym zapytaniu ofertowym.

4. ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO

Zamawiający zobowiązany jest przeprowadzić procedurę udzielenia zamówienia w trybie rozeznania rynku, w oparciu o postanowienia niniejszego zapytania ofertowego, tj.:

- Sporządzenie zapytania ofertowego wraz z opisem przedmiotu zamówienia,
- Opublikowanie zapytania na stronie internetowej Zamawiającego, tj. www.przychodniamedycynapolska.pl
- Dokonanie wyboru najkorzystniejszej oferty spośród wszystkich uzyskanych ofert w danym postępowaniu,
- Wybranie najkorzystniejszej spośród złożonych ofert, spełniającej warunki udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia w oparciu o ustalone w zapytaniu kryterium oceny oraz ww. warunki,
- Zawarcie umowy z wybranym w ramach danego zamówienia wykonawcą w formie pisemnej,
- Poinformowanie każdego z biorących udział w postępowaniu wnioskodawców o wynikach postępowania

5. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Zamówienie należy zrealizować do dnia 29.09.2023 r.

Miejsce wykonania zamówienia:

Przychodnia Medycyna Polska, ul. św. Łazarza 14, 31-530 Kraków

6. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

O udzielenie zamówienia może ubiegać się Wykonawca, który:

- złoży ofertę na wzorze (załącznik 1) dołączonym do niniejszego zapytania ofertowego
- spełnia warunki udziału w postępowaniu, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego zapytania ofertowego)

7. DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW

- Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy
- Załącznik nr 2 – Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu

8. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Ofertę należy przygotować według załączonego do niniejszego zapytania wzoru (załącznik nr 1)

9. OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI

- Paweł Popek – ppopek@przychodniamedycynapolska.pl; tel. 501031496.

10. MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY

- Oferta w formie załącznika do zapytania ofertowego powinna być przesłana za pośrednictwem poczty tradycyjnej, kuriera lub też dostarczona osobiście do siedziby: Przychodnia Medycyna Polska, św. Łazarza 14, 31-530 Kraków w zamkniętej kopercie do dnia 22.08.2023 r. do godz. 16:00 z dopiskiem **Zapytanie ofertowe nr 3/2023** lub za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: biuro@przychodniamedycynapolska.pl.
- Datą złożenia oferty jest data dostarczenia oferty na adres zamawiającego wskazany powyżej.
- Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
- Ocena ofert zostanie dokonana w dniu 23.08.2023 r.
- Oferent może przed upływem terminu oceny zmienić lub wycofać swoją ofertę.
- W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.

11. KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY (WAGA, OPIS SPOSOBU PRYZNAWANIA PUNKTÓW)

Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie poniżej przedstawionych kryteriów oceny ofert, tj. „wartość brutto”.

SPOSÓB OBLICZENIA OFERTY

1. Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert

Kryterium wyboru oferty najkorzystniejszej będzie cena brutto – 100%. Oferta najtańsza spośród ofert nieodrzuconych otrzyma 100 punktów. Pozostałe proporcjonalnie mniej, według wzoru:

2. Sposób przyznawania punktacji za spełnienie kryterium

$Cn/Cb \times 100 =$ ilość punktów, gdzie:

- Cn – najniższa cena spośród ofert nieodrzuconych,

- Cb – cena oferty rozpatrywanej,
- 100– wskaźnik stały.

Za najkorzystniejszą, zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów. Wszystkie obliczenia będą dokonywane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

12. SPOSÓB UPUBLICZNIANIA OFERTY

Zapytanie ofertowe zamieszczono w dniu **3/2023** na stronie www.przychodniamedycynapolska.pl

13. INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY

Po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający poinformuje każdego z biorących udział w postępowaniu wnioskodawców o wynikach postępowania.

O miejscu i terminie podpisania umowy Wykonawca zostanie poinformowany telefonicznie.

Jeżeli wykonawca, którego oferta została wybrana, uchyli się od zawarcia umowy, tj. nie stawił się w wyznaczonym miejscu i godzinie – zamawiający wybierze drugą w kolejności najkorzystniejszą punktowo ofertę spośród pozostałych ofert, bez przeprowadzania ich ponownej oceny.

14. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania bez podania przyczyny. W przypadku unieważnienia postępowania, Zamawiający nie ponosi kosztów postępowania.

15. INFORMACJA O MOŻLIWOŚCI SKŁADANIA OFERT CZĘŚCIOWYCH

Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.

16. UWAGI KOŃCOWE

- Niniejsze ogłoszenie nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy prawo zamówień publicznych, a propozycje składane przez zainteresowane podmioty nie są ofertami w rozumieniu kodeksu cywilnego. Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Przychodnia Medycyna Polska Sp. z o.o. do zawarcia umowy. Przychodnia Medycyna Polska może odstąpić od podpisania umowy bez podania uzasadnienia swojej decyzji.

17. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Do zapytania ofertowego dołączono:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu

Załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego – formularz ofertowy

(pieczęć)

Dane Wykonawcy:

Nazwa (firma):.....

Adres:.....

Numer telefonu

Numer REGON..... Numer NIP.....

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym zakresie rzeczowym i na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym za następującą cenę:

Wartość brutto słownie:.....

Wartość słownie netto:

(VAT):

Oświadczamy, że:

1. Zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym wraz z załącznikami i uznajemy się za związanych określonymi w nich zasadami postępowania.
2. Zapewniamy wykonanie zamówienia w terminie i zgodnie z warunkami określonym w zapytaniu ofertowym.
3. Akceptujemy warunki określone w zapytaniu ofertowym
4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od terminu składania ofert.
5. Oświadczam/y, że ja/my (imię i nazwisko) niżej podpisany/i jestem/śmy upoważniony/eni do reprezentowania Wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie
6. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym jest Pan/Pani
tel.....e-mail:

/oznaczenie Wykonawcy (pieczęć)/

Załącznik nr 2 do niniejszego zapytania ofertowego - oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu

OŚWIADCZENIE

przystępując do postępowania w sprawie **dostawy centrali telefonicznej wraz z wdrożeniem funkcjonalności takich jak : kolejkowanie, zapowiedzi, możliwość pozostawienia prośby o kontakt, automatyczne wydzwanianie pacjentów z systemu medycznego, integracja z systemem ERP**

Ja, niżej podpisany/My niżej podpisani, reprezentując Wykonawcę:

.....
/nazwa Wykonawcy/

jako upoważniony/eni na piśmie lub wpisany/i w odpowiednich rejestrach, w imieniu reprezentowanego przeze mnie Wykonawcy oświadczam/y, że:

spełniam/y warunki dotyczące:

- 1) posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
- 2) posiadania wiedzy i doświadczenia;
- 3) dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
- 4) sytuacji ekonomicznej i finansowej.

.....
/podpis Wykonawcy (pieczęć)/