**PROŚBA O OSZACOWANIE WARTOŚCI ZAMÓWIENIA**

pn.:

**Rozbudowa systemu szpitalnego, wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej oraz**

**e-usług on-line w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. St. Rybickiego w Skierniewicach**

**Zapytanie skierowane do potencjalnych Wykonawców**

**I. Zamawiający:**

Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach

ul. Rybickiego 1; 96-100 Skierniewice

Osoba upoważniona do kontaktu: Pan Marek Jarota –Kierownik Sekcji Systemów Informatycznych

tel.: +48 46 834 07 57, 500-134-201 mail: m.jarota@wsz-skier.pl

 strona internetow: www.wsz-skier

**II. Przedmiot oszacowania**

W związku z koniecznością oszacowania wartości **przyszłego** zamówienia, Zamawiający zwraca się z prośbą o dokonanie **szacunkowej wyceny** realizacji zamówienia: Rozbudowa systemu szpitalnego, wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej oraz e-usług on-line w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. St. Rybickiego w Skierniewicach” realizowanego z udziałem dofinansowania ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 w ramach Osi Priorytetowej VII, Działania VII.1.2 Technologie informacyjno-komunikacyjne.

Szczegółowy zakres przedmiotu planowanego zamówienia określony jest w Załączniku 1 do niniejszego zapytania – Opisie przedmiotu zamówienia.

**III. Odpowiedź**

W odpowiedzi prosimy o podanie szacunkowej ceny netto i brutto, wg wzoru przedstawionego w Załączniku 2 - Formularz oszacowania, za wykonanie zamówienia określonego w Opisie przedmiotu zamówienia (Załącznik 1).

**Uprzejmie prosimy o przesłanie przedmiotowego oszacowania pocztą elektroniczną na adres m.jarota@wsz-skier.pl**

**w terminie do 08 kwietnia 2020 roku, do godz. 15:00.**

Informujemy, że przedmiotowa prośba nie stanowi zapytania ofertowego w rozumieniu art.66 KC ani nie jest ogłoszeniem o zamówieniu w rozumieniu ustawy z dn. 29.01.2004 r. - Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 ze zm.).

Ma ono na celu wyłącznie rozeznanie rynku firm oraz uzyskanie wiedzy na temat kosztów związanych z planowanym zamówieniem publicznym.

**Załączniki:**

Załącznik 1 – Opis Przedmiotu Zamówienia

Załącznik 2 – wzór Formularza oszacowania

Skierniewice, 31 marca 2020 roku

Załącznik 2 – wzór Formularza oszacowania

*nazwa Wykonawcy*

 *adres Wykonawcy*

 *telefon, faks, e-mail*

**OSZACOWANIE**

W odpowiedzi na prośbę o dokonanie szacunkowej wyceny realizacji zamówienia pn.:

„Rozbudowa systemu szpitalnego, wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej oraz e-usług on-line w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. St. Rybickiego w Skierniewicach”, którego zakres został określony Opisie Przedmiotu Zamówienia stanowiącym Załączniku 1 do Prośby o oszacowanie wartości zamówienia,

**informujemy, że**

szacunkowa wartość wykonania określonych w Prośbie o oszacowanie dostaw i usług może przyjąć następujące wartości:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **zakres wymagany** | **sztuk kpl** | **cena jedn. w PLN** | **wart. netto w PLN** | **VAT w PLN** | **wart. brutto w PLN** |
|  | **Pakiet 1** |  |  |  |  |  |
| 1 | drukarka opasek | 2 |   |   |   |   |
| 2 | czytniki kodów liniowych | 2 |   |   |   |   |
| 3 | czytnik dowodów osobistych | 1 |   |   |   |   |
| 4 | PKI - karty dostępowe | 650 |  |  |  |  |
| 5 | Czytniki kart dostępowych | 100 |  |  |  |  |
|  |  |  | **Razem:** |  |  |  |
|  | **Pakiet 2** |  |  |  |  |  |
| 1 | Rozbudowa HIS część biała | 1 |  |  |  |  |
| 2 | Rozbudowa RIS/PACS | 1 |  |  |  |  |
| 3 | Integracja z P1 | 1 |  |  |  |  |
| 4 | Integracja z Laboratorium | 1 |  |  |  |  |
| 5 | Integracja z PACS/RIS | 1 |  |  |  |  |
| 6 | Elektroniczna Dokumentacja Medyczna | 1 |  |  |  |  |
| 7 | Portal i e-usługi on-line | 1 |  |  |  |  |
| 8 | Szkolenie HIS | 1 |   |   |   |   |
| 9 | Szkolenie EDM | 1 |   |   |   |   |
|  |  |  | **Razem:** |  |  |  |
|  | **Pakiet 3** |  |   |   |   |   |
| 1 | Rozbudowa HIS część szara  | 1 |   |   |   |   |
|  |  |  | **Razem:** |   |   |   |

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

*( podpis Wykonawcy)*

……………………………, dnia ……………………….. 2020 roku