Załącznik nr 1: Formularz szacowania wartości zamówienia

…………………………………………

*(miejscowość i data)*

……………………………………………

(*nazwa (firma) albo imię i nazwisko, siedziba*

*albo miejsce zamieszkania i adres Wyceniającego)*

………………………………………………

*(dane kontaktowe, telefon, e-mail)*

**Proassist Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**

**os. Handlowe 5**

**31-935 Kraków**

**Wartość szacunkowa zamówienia**

Odpowiadając na Zapytanie dotyczące ustalenia wartości szacunkowej nr **1/LINGE/2023** **z dn. 10.08.2023** na wyłonienie Wykonawców bazy nagrań wizyt lekarzy z odpowiadającymi formularzami EDM (Elektroniczna Dokumentacja Medyczna) w ramach projektu „**Inteligentny asystent głosowy do obsługi dokumentacji medycznej według zaleceń lekarzy**” współfinansowanego przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w ramach programu INFOSTRATEG IV Nr umowy INFOSTRATEG4/0029/2022 oświadczamy, że wartość szacunkową zamówienia, które będzie realizowane zgodne z opisem zamieszczonym w przedmiotu zamówienia wynosi

…………………… zł netto tj. …………………brutto za 1 usługę rozumianą łącznie jako:

***średni koszt nagrania jednej wizyty konsultacji lekarskich (niezależnie od kanału komunikacji) oraz średni koszt nagrania oraz przekazania danych - 1 usługa.***

Podana cena obejmuje całkowite wynagrodzenie za usługę opisaną w zapytaniu o szacowanie wartości zamówienia, w tym wszystkie obowiązkowe obciążenia, np. VAT, podatki.

**Oświadczenia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Treść oświadczenia** | **Zaznacz właściwą odpowiedź** |
| 1. | Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z informacjami z art. 13 RODO dotyczącymi przetwarzania danych osobowych osób biorących udział w szacowaniu planowanego postępowania dostępnymi pod adresem: <https://proassist.pl> | □ TAK  □ NIE |
| 2. | Oświadczam/y, że jestem/śmy zdolny/i do wykonania przedmiotu wyceny będąc potencjalnym Wykonawcą zamówienia oraz posiadam/y status placówki medycznej zdolnej do nagrań głosowych w trakcie wizyty pacjenta w placówce, telekonsultacji lub wideokonsultacji, a także dostępu do nagrań głosowych wraz z wypełnionymi formularzami oraz wymaganymi zgodami. | □ TAK  □ NIE |
| 3. | Oświadczam/y, że nie jestem/śmy podmiotem powiązanym z Zamawiającym będącym Liderem konsorcjum projektu INFOSTRATEG4/0029/2022 tj. Proassist Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz konsorcjantem - Akademią Górniczo-Hutniczą im. Stanisława Staszica w Krakowie.  Za wykonawcę powiązanego uznaje się podmiot:  1) powiązany lub będący jednostką zależną, współzależną lub dominującą w relacji z Liderem konsorcjum lub konsorcjantem w rozumieniu ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;  2) będący podmiotem pozostającym z Liderem konsorcjum lub konsorcjantem lub członkami jego organów w takim stosunku faktycznym lub prawnym, który może budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności w wyborze dostawcy towaru lub usługi, w szczególności pozostającym w związku małżeńskim, stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa do drugiego stopnia włącznie, stosunku  przysposobienia, opieki lub kurateli, także poprzez członkostwo w organach dostawcy towaru lub usługi;  3) będący podmiotem powiązanym lub podmiotem partnerskim w stosunku do Lidera konsorcjum lub  konsorcjanta w rozumieniu Rozporządzenia nr 651/2014;  4) będący podmiotem powiązanym osobowo z Liderem konsorcjum lub konsorcjantem w rozumieniu art. 32  ust. 2 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług. | □ TAK  □ NIE |
| 4. | Oświadczam/y, że nie jestem/śmy podmiotem powiązanym kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym, 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, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO, 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. | □ TAK  □ NIE |
| 5. | Oświadczam/y, że nie podlegam/y 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. 2022 poz. 835). | □ TAK  □ NIE |

……………………………………………

(czytelny podpis i pieczęć Wyceniającego)