**formularz SzacowaniA wartośCi zamówienia**

Szacowanie wartości zamówienia dotyczy działań realizowanych przez Pentacomp Systemy Informatyczne w ramach Projektu nr 2022/ABM/02/00004 pn. *„Development of an IT system based on artificial intelligence algorithms supporting the diagnosis of hip dysplasia in infants and the process of choosing the optimal therapeutic path”.*

Odpowiedź na szacowanie wartości dotyczące: badanie kliniczne dla oprogramowania – wyrób medyczny w klasie IIa.

1. **Dane oferenta**:
2. Nazwa: …………………………………………………………………………..
3. Adres siedziby: ………………………………………………………………
4. NIP: ……………………………………………………………………………….
5. REGON: …………………………………………………………………………
6. Osoba uprawniona do kontaktowania się ze Zleceniodawcą:

imię i nazwisko: ………………………………………………………………

telefon: …………………………………………………………………………..

adres e-mail: ………………………………………………………………….

1. Wykonanie prac zgodnie z zapisami w OPZ.

Oświadczam, że szacowanie określa wykonanie i dostarczenie prac zgodnie z parametrami wskazanymi w Umowie oraz Opisie Przedmiotu Zamówienia.

1. Opis kompetencji:

Oświadczam, że ………………………………….. spełnia wymagania wskazane w Opisie Przedmiotu Zamówienia.

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w następującej cenie oraz terminie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Wynagrodzenie netto Wykonawcy** | **Wynagrodzenie brutto Wykonawcy** | **Koszty zewnętrzne****netto/brutto** | **Termin** |
| Ocena wykonalności badania klinicznego  |   |   |   |   |
| Projektowanie badania klinicznego – przed uzyskaniem zgody. |   |   |   |   |
| Uzyskanie zgody na przeprowadzenie badania klinicznego. |   |   |   |   |
| Projektowanie badania klinicznego – od momentu uzyskania zgody.  |   |   |   |   |
| Prowadzenie badania klinicznego wraz z koordynacją działań związanych z obsługą ośrodków oraz pacjentów biorących udział w badaniu |   |   |   |   |
| Zakończenie badania klinicznego |   |   |   |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Obsługa 3 badań klinicznych** | **Obsługa 4-6 badań klinicznych** | **Obsługa ponad 6 badań klinicznych** |
| Doświadczenie |   |   |   |

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z umową wraz z załącznikami oraz opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Oferta szacowania wartości zamówienia jest ważna 6 miesięcy od dnia jej złożenia.
3. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku poświadczenia przeze mnie nieprawdy, szacowanie zostanie odrzucone.

Załączniki:

1. Oświadczenie o braku powiązań osobowych i kapitałowych z Zamawiającym.

…………………………..…...., dn. ………… ....................................................

 Podpis osoby uprawnionej