

PP 14/2022

Zapytanie ofertowe

Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie Sp. z o.o.

Ul. Poznańska 125a, 63-300 Pleszew

Zaprasza do przedstawienie oferty na usługę

„Przeprowadzenie audytu bezpieczeństwa systemu teleinformatycznego wykorzystywanego do świadczenia usług zdrowotnych”.

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

1. Zamówienie obejmuje:

- 1) przeprowadzenie audytu bezpieczeństwa systemu teleinformatycznego wykorzystywanego do świadczenia usług zdrowotnych, zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 2 do *Umowy na finansowanie ze środków pochodzących z Funduszu przeciwdziałania COVID-19 poniesienia poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych świadczeniodawców*, przez co najmniej dwóch audytorów posiadających uprawnienia wskazane w *Rozporządzeniu Ministra Cyfryzacji z dnia 12 października 2018r. w sprawie wykazu certyfikatów uprawniających do przeprowadzenia audytu*;
- 2) sporządzenie pisemnego sprawozdania, które będzie potwierdzało przeprowadzenie audytu bezpieczeństwa, o którym mowa w art. 15 Ustawy z dnia 5 lipca 2018 roku o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa, a także będzie podstawą do ubiegania się o sfinansowanie działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych świadczeniodawców.

2. Audyt bezpieczeństwa systemu teleinformatycznego należy przeprowadzić w Pleszewskim Centrum Medycznym w Pleszewie Sp. z o.o., ul. Poznańska 125a, 63-300 Pleszew.

Zamawiający informuje, że audytem objęte będzie środowisko składające się z:

- 1) liczba stacji roboczych (komputerów) – 283
- 2) liczba urządzeń mobilnych (laptopy) – 55
- 3) liczba serwerów fizycznych – 7
- 4) liczba serwerów wirtualnych – 25
- 5) liczba użytkowanych systemów – 22
- 6) liczba pracowników – 750.

II. TERMIN REALIZACJI:

Przedmiot zamówienia musi zostać wykonany w nieprzekraczalnym terminie do 10 grudnia 2022 roku (z uwagi na konieczność załączenia audytu bezpieczeństwa do wniosku o wypłatę finansowania).

III. OFERTA POWINNA ZAWIERAĆ:

1. Wypełniony „Wzór oferty finansowej” stanowiący Załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego.
2. W ofercie należy podać kwotę brutto.

IV. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Ofertę należy złożyć za pomocą strony internetowej <https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalpleszew>.
2. Oferty prosimy składać do dnia 15 sierpnia 2022 roku.

V. INNE WYMAGANIA:

Zamawiający wymaga realizacji usługi w formie stacjonarnej. Nie dopuszcza się realizacji w trybie zdalnym. Zamawiający wymaga minimum 5 wizyt studyjnych w siedzibie zamawiającego.

PREZES ZARZĄDU
PCM w Pleszewie Sp. z o.o.


Błażej Górczyński

Pleszew, 25.07.2022

.....
Data i podpis osoby reprezentującej zamawiającego

(pieczęć Wykonawcy)

Oferta do zapytania ofertowego realizowanego przez Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie Sp. z o.o. dla potrzeb realizacji zadania pn. „Przeprowadzenie audytu bezpieczeństwa systemu teleinformatycznego wykorzystywanego do świadczenia usług zdrowotnych”.

OFERTA FINANSOWA

Wykonawca musi wziąć pod uwagę, że wszystkie prace związane z realizacją przedmiotowego zamówienia będą wykonywane w czynnym obiekcie Zamawiającego, w którym musi być zapewniona obsługa pacjentów oraz musi być zapewniona możliwość wykonywania obowiązków przez pracowników Zamawiającego.

Lp.	Nazwa własna	Ilość	Wartość
1.	<p>1) przeprowadzenie audytu bezpieczeństwa systemu teleinformatycznego wykorzystywanego do świadczenia usług zdrowotnych, zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 2 do Umowy na finansowanie ze środków pochodzących z Funduszu przeciwdziałania COVID-19 <i>poniesienia poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych świadczeniiodawców</i>, przez co najmniej dwóch audytorów posiadających uprawnienia wskazane w Rozporządzeniu Ministra Cyfryzacji z dnia 12 października 2018r. w sprawie wykazu certyfikatów uprawniających do przeprowadzenia audytu;</p> <p>2) sporządzenie pisemnego sprawozdania, które będzie potwierdzało przeprowadzenie audytu bezpieczeństwa oraz będzie podstawą do ubiegania się o sfinansowanie działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych świadczeniiodawców.</p>	1 kpl	
	Razem		

.....
Data i podpis osoby reprezentującej usługodawcę