

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

1. Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa:.....
Siedziba:
Adres poczty elektronicznej:.....
Strona WWW:
Numer telefonu:..... Numer faksu:
Numer NIP:..... Numer REGON:.....

2. Dane dotyczące Zamawiającego:

1. Szpital Powiatowy w Zawierciu
42-400 Zawiercie, ul. Miodowa 14
REGON 276271110, NIP 649-19-18-293
2. Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego
42-400 Zawiercie, ul. Piłsudskiego 80
REGON 276271140, NIP 649-19-18-301

3. Przedmiot zamówienia

Audyt systemów informatycznych Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Zawierciu z uwzględnieniem konieczności dojścia do modelu wspólnego użytkowania systemów po dołączeniu ZLA do struktur Szpitala Powiatowego w Zawierciu

4. Oferujemy wykonanie całości przedmiotu zamówienia określonego w zaproszeniu do złożenia oferty cenowej za ryczałtową cenę:

Cena nettozł
(słownie:)

Podatek VAT% w kwocie.....zł
Wartość bruttozł
(słownie:)

Podana cena zawiera wszystkie koszty związane z wykonywaniem przedmiotu umowy.

5. Warunki płatności

Termin płatności za świadczone usługi: dni (min. 30 dni) od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT, do której dołączony będzie Protokół z wykonania prac zaakceptowany przez przedstawiciela Zamawiającego.

6. Okres realizacji umowy: 21 dni od dnia podpisania umowy.

7. Oświadczamy, że:

- 1) zapoznaliśmy się zaproszeniem do złożenia oferty cenowej i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.

- 2) uzyskaliśmy od Zamawiającego wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania oferty.
- 3) spełniamy warunki dotyczące posiadania uprawnień do wykonywania działalności lub czynności, będących przedmiotem zamówienia, niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
- 4) uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni.

7. Wykaz osób, które będą uczestniczyć w realizacji przedmiotu zamówienia

LP	Imię i Nazwisko	Rola w realizacji zamówienia
1.		
2.		
...		