Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

**Formularz ofertowy**

1. **Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa: ................................................

Siedziba: ................................................

Adres poczty elektronicznej: ................................................

Strona internetowa: ................................................

Numer telefonu: ……….....................................

Numer faksu: …….........................................

Numer REGON: ................................................

Numer NIP: ................................................

Numer wpisu do odpowiedniego rejestru (KRS/CEIDG): ……………………………….

1. **Dane dotyczące zamawiającego**

**NOVUM-MED Sp. z o.o.**

**ul. Mickiewicza 26**

**89-410 Więcbork**

**NIP: 5040008967**

1. **Zobowiązania wykonawcy:**

Wykonanie przedmiotu zamówienia:

**Asysta oprogramowania KS-MEDIS, KS-SOMED, KS-ASW**

1. **NAWIĄZUJĄC DO ZAPROSZENIA DO ZŁOŻENIA OFERTY CENOWEJ:**

oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami Zamawiającego za cenę:

Cena ofertowa brutto ………… zł (Słownie: ………………………………………)

Netto:................................... PLN

Słownie: .........................zł

VAT: ............. % ............... PLN

1. **Oświadczenia wykonawcy :**
* Cena oferty zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia
* termin płatności: 30 dni.
* termin realizacji zamówienia: 01.01.2021-31.12.2021
* okres udzielonej gwarancji: 12 miesięcy od dnia dostawy/wdrożenia
* wymagania stawiane Wykonawcy oraz postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane
bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w  miejscu
i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
* Wszelką korespondencję należy kierować na adres: ……………………………………………… tel………..fax………..mail……………osoba do kontaktu……………………………………………….
1. **Osoby do kontaktów z Zamawiającym**

Osoba/ osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

* Szymon Grabinski

tel. kontaktowy: 664 995 154, 52 389 62 50, faks, 52 389 72 63, e-mail: informatyk@szpital-wiecbork.pl

1. **Inne informacje wykonawcy:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 …………………………………..

 Podpis osoby uprawnionej do

 reprezentowania Wykonawcy