SP ZOZ/DZ/21/2019 **Załącznik do zapytania ofertowego**

…………………………………………………………..

pieczęć/nazwa Wykonawcy

tel./fax ……………………………………….………….

REGON: ……………………………………..………….

NIP : ……………………………….………………….

e-mail: …………………………..……………………..

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Nawiązując do zapytania ofertowego na zadanie:**

**Objęcie opieką serwisową oprogramowania aplikacyjnego InfoMedica, AMMS w placówkach podległych Samodzielnemu Publicznemu Zespołowi Opieki Zdrowotnej w Myszkowie.**

Składamy niniejszą ofertę:

1. Opłata miesięczna:

netto:……………………………. zł

słownie: ………………………………………………………………………………

VAT: …………………..zł

brutto z VAT: …………………….. zł

słownie brutto: ……………………………………………………………………….

2.Łącznie za okres **12 miesięcy** w/g załączonego zestawienia ilości licencji**:**

netto: …………………………….zł

słownie netto: ……………………………………………………………………....

podatek VAT: ……………………zł

brutto z VAT: ……………………zł

słownie brutto: ………………………………………………………………………

**Termin wykonania zamówienia: 12 miesięcy od daty obowiązywania umowy.**

**Warunki płatności: w 12 równych ratach płatnych w terminie do 30 dni następnego miesiąca za miesiąc poprzedni, na podstawie otrzymanej faktury od Wykonawcy.**

**Zobowiązujemy się do niezmienności ceny przez okres obowiązywania umowy.**

Oświadczamy, że:

* Zapoznaliśmy się z treścią niniejszego zapytania ofertowego, nie wnosimy żadnych

 zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty.

* Uważamy się za związanych z ofertą przez czas wskazany w zapytaniu ofertowym.
* W przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy wg załączonego wzoru w miejscu

 i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

 Oświadczamy, że spełniamy warunki dotyczące:

* 1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli

 przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,

* 1. posiadania wiedzy i doświadczenia,
	2. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do

 wykonywania zamówienia,

* 1. sytuacji ekonomicznej i finansowej,
	2. posiadania odpowiedniego certyfikatu autoryzacji (Asseco),
	3. posiadania przez pracowników certyfikatów do wszystkich modułów InfoMedica i AMMS.

**Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej**:

* Nazwisko, imię ....................................................................................................
* Stanowisko ...........................................................................................................
* Telefon...................................................Fax.........................................................
* Zakres\*:
* - do reprezentowania w postępowaniu
* - do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy.
* Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączamy:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Inne informacje Wykonawcy:**

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

W załączeniu:

1. Podpisany formularz ilości licencji do umowy na opiekę serwisową.

2. Aktualny wydruk z właściwego rejestru lub wydruk z centralnej ewidencji i informacji

 o działalności gospodarczej (zalecane nie wymagane).

3. Podpisany formularz SIWZ.

4. Kopia certyfikatów posiadanych uprawnień.

5. Parafowany wzór umowy.

Na ……… kolejno ponumerowanych stronach składamy całość oferty.

………………………………………., dn. ………………………….

 ……………………….……………………….

(podpis/pieczęć upoważnionej osoby Wykonawcy)