**FORMULARZ WARTOŚCI SZACUNKOWEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy:** | ……………………………………………… |
| **Adres lub siedziba:** | ……………………………………………… |
| **Telefon:**  **Adres e-mail:** | ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |

**Odpowiadając na skierowane do nas zapytanie o cenę dostawy 3 zintegrowanych zestawów terminali wideokonferencyjnych dla Agencji Badań Medycznych** **oferuję wykonanie zamówienia za cenę całkowitą:**

netto ........................................................PLN,

brutto........................................................PLN.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Rodzaj usługi** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Liczba zestawów** | **Wartość netto ogółem**  **(kolumna 1 x 3)** | **Wartość brutto**  **Ogółem**  **(kolumna 2 x 3)** |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Cena za nowy zestaw |  |  | 3 |  |  |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ NETTO (w zł)** | | | | |  |  |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ BRUTTO (w zł)** | | | | |  |  |

\* Ceny należy podać w PLN z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

**Proponuję następujące rozwiązanie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr lub**  **warunek** | **Oferowane rozwiązanie** |
| **Specyfikacja: terminal wideokonferencyjny** | | |
|  | **Kamera** | * Producent: …………………………….. * Model: …………………………………. |
|  | **Dotykowy panel sterowania** | * Producent: …………………………….. * Model: …………………………………. |
|  | **Komputer w obudowie typu micro** | * Producent: …………………………….. * Model: …………………………………. |
|  | **Gwarancja i serwis** | * Serwis na okres …………… lat dla wszystkich komponentów systemu na miejscu u klienta, * Pierwsza linia wsparcia musi być świadczona w języku polskim |
|  | **Microsoft Teams Rooms Studio (licencja na 12 miesięcy)** | * tak |
|  | **Akcesoria niezbędne do prawidłowego funkcjonowania zestawu (przewody połączeniowe, uchwyty montażowe, licencje, etc.),** | * tak |

**Proponowany termin realizacji zamówienia (w tyg.)…………………**

**Oferowana cena obejmuje wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, jakie ponosi Wykonawca, w tym koszty dostawy do  siedziby Agencji Badań Medycznych w Warszawie przy ul. Stanisława Moniuszki 1 A, koszty wniesienia, rozładunku i ustawienia w miejscu wskazanym przez Zamawiającego, koszty opakowania, koszty usunięcia opakowań oraz pozostałości po dostawie przedmiotu zamówienia, koszty gwarancji i rękojmi, koszty serwisu, koszty ubezpieczenia na czas transportu oraz wszelkie należne inne opłaty i podatki wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, a także ewentualne opusty i rabaty i nie będzie podlegała zwiększeniu w okresie realizacji Umowy.**

…………………., dnia ....../....../............r. ................................................

Podpis osoby/osób upoważnionej(ych) do występowania w imieniu Wykonawcy\*