**FORMULARZ WARTOŚCI SZACUNKOWEJ**

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

**Odpowiadając na skierowane do nas zapytanie o cenę dostawę Systemu zarządzania debatami wraz z konfiguracją i uruchomieniem dla Agencji Badań Medycznych** **oferuję wykonanie zamówienia za cenę całkowitą\*:**

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

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

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

**Proponuję następujące rozwiązanie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr lub****warunek** | **Oferowane rozwiązanie** |
| **Specyfikacja: Systemu zarządzania debatami** |
|  | **Pulpit konferencyjny wraz z baterią** | * Producent: ……………………………..
* Model: ………………………………….
 |
|  | **Mikrofon na elastycznym przegubie typu „gęsia szyja”** | * Producent: ……………………………..
* Model: ………………………………….
 |
|  | **Punkt dostępowy (Access Point)** | * Producent: ……………………………..
* Model: ………………………………….
 |
|  | **Konsola dla tłumacza** | * Producent: ……………………………..
* Model: ………………………………….
 |
|  | **Słuchawka tłumacza** | * Producent: ……………………………..
* Model: ………………………………….
 |
|  | **Sieciowa ładowarka akumulatorów** | * Producent: ……………………………..
* Model: ………………………………….
 |
|  | **Konwerter wejściowy** | * Producent: ……………………………..
* Model: ………………………………….
 |
|  | **Konwerter wyjściowy** | * 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
 |
|  | **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\*