***Załącznik nr 2 do SWZ***

**Formularz cenowy**

*dotyczy pola pn.: „Kryterium nr 1 (Cena)” Formularza ofertowego*

**Nr sprawy:** **ABM-ZP-5/2023**

Zamawiający: **Agencja Badań Medycznych**

ul. Stanisława Moniuszki 1 A, 00-014 Warszawa

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………………………………………………………… |
| **Adres lub siedziba:**  | ……………………………………………… |

*\*w przypadku oferty wspólnej należy podać nazwy i adresy wszystkich Wykonawców.*

**OŚWIADCZAMY, ŻE:**

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia określonego w SWZ zgodnie z poniższą tabelą*:*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Model licencyjny** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto (w zł)** | **Stawka podatku VAT (%)** | **Wartość brutto (w zł)*****kol.3 x kol.4*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| Microsoft 365 Business Premiumalbo*………………………………..**(Wykonawca wpisuje nazwę oferowanego pakietu)* | **szt.** | **115** |  |  |   |
| Microsoft 365 E5albo*………………………………..**(Wykonawca wpisuje nazwę oferowanego pakietu)* | **szt.** | **15** |  |  |  |
| Exchange Online Plan 1albo*………………………………..**(Wykonawca wpisuje nazwę oferowanego pakietu)* | **sz.** | **30** |  |  |  |
| **RAZEM** |  |

**Niniejszy formularz stanowi ofertę Wykonawcy, tym samym nie podlega zamianie ani uzupełnieniu.**

***Należy pamiętać o opatrzeniu Formularza kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym.***