

FORMULARZ OFERTOWY

Pełna nazwa Wykonawcy:

.....

.....

Adres Wykonawcy:

ul. nr

kod pocztowy miejscowość

Nr tel.:

REGON: NIP:

KRS: (jeśli istnieje)

e-mail:@..... http://.....

Oferta do zapytania na Usługę polegającą na dostępie do zdalnego tłumacza języka migowego dla SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich

Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w zakresie objętym opisem przedmiotu zamówienia zawartym w załączniku nr 3 **za maksymalną łączną kwotę wynoszącą:** (wszystkie pozycje muszą zostać wypełnione):

1. Wdrożenie usługi polegającej na dostępie do zdalnego tłumacza języka migowego (jednorazowo)

..... zł netto

..... zł brutto, w tym% VAT

2. Realizacja usługi całodobowego dostępu do zdalnego tłumacza języka migowego (łączna wartość realizacji usługi przez cały okres trwania umowy wraz ze wskazaniem miesięcznej wysokości opłaty)

..... zł netto/miesiąc tj. łącznie zł netto

..... zł brutto/miesiąc tj. łącznie zł brutto w tym% VAT

1. Kwota brutto wynagrodzenia Wykonawcy obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, łącznie z podatkiem od towarów i usług VAT, ewentualnymi rabatami i opłatami.
2. Wykonawca winien uwzględnić w cenie oferty również wszystkie inne koszty jakie poniesie w związku z realizacją przedmiotu zamówienia, także niewymienione, a które mają wpływ na cenę oferty.
3. W przypadku wyboru Wykonawcy dotychczas realizującego umowę o świadczenie usług tłumacza migowego online koszty wdrożenia usługi nie będą rozliczane.
4. Termin płatności - 30 dni licząc od dnia dostarczenia przedmiotu zamówienia i podpisania Protokołu oraz dostarczenia prawidłowo wypełnionej faktury do siedziby Zamawiającego. Zamawiający będzie dokonywał wszystkich płatności przelewem na rachunek bankowy wskazany w fakturze. Zamawiający zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 2018 r. o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych, koncesjach na roboty budowlane lub usługi oraz partnerstwie publiczno-prywatnym (t.j. Dz.U. 2020 poz. 2191) ma obowiązek odbierania od Wykonawcy faktur elektronicznych za pośrednictwem platformy elektronicznego fakturowania. Zamawiający będzie dokonywał wszystkich płatności przelewem na rachunek bankowy wskazany w fakturze.

Zamawiający korzysta z platformy PEF: <https://www.brokerinfinite.efaktura.gov.pl> i aplikacji: Infinite IT Solutions. Numer PEPPOL: 6271923530..

5. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Oświadczamy, iż bez zastrzeżeń przyjmujemy warunki zawarcia umowy i deklarujemy gotowość podpisania umowy niezwłocznie.
7. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.
8. Oświadczam, że nie podlegamy wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w okolicznościach, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (tj. Dz.U. 2024 poz. 507 z zm.)
9. Wraz z ofertą przedkładamy następujące oświadczenia i dokumenty:
 - ☐ a/.....zał. nr
 - ☐ b/.....zał. nr

.....
Data, miejsce

.....
Podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy

Dyrektor ds. Operacyjnych
SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich

Piotr Nowak

[Handwritten signature]