Załącznik nr 2 do zapytania - formularz cenowy

 **FORMULARZ CENOWY**

DOTYCZY: **Dostawa rdzeniowego przełącznika sieciowego**

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w związku z planowanym wszczęciem postepowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu unijnego dotyczącego dostawy szkieletowego przełącznika sieciowego, kieruje prośbę o złożenie oferty cenowej w celu oszacowania wartości zamówienia.

Wartość cenową należy podać w złotych polskich. Przedstawione wartości cenowe powinny być podane w wartości: netto, VAT, brutto.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Przedmiot** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Vat%** | **Wartość brutto** |
| 1 | Szkieletowy przełącznik sieciowy zgodny z OPZ | 1 kpl. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Przedmiot** | **Gwarancja [msc]** | **Proponowanymodel sprzętu / wersja systemu** |
| 1. | Szkieletowy przełącznik sieciowy zgodny z OPZ | …………. miesięcy | Przełącznik: ……………………………………………………..……………………………………………………..……………………………………………………..Wkładki GBIC:……………………………………………………..…………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **DANE OFERENTA** |
| NAZWA |  |
| Nazwisko i imię osoby do kontaktu  |  |
| Adres e-mail |  |
| Nr Telefonu |  |
| Ważność oferty |  ……………… [ dni ] |

Data, Podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty