Załącznik nr 2 do zapytania

**FORMULARZ CENOWY**

DOTYCZY: **Dostawa Licencji integracyjnych dla posiadanego przez Zamawiającego systemu do produkcji cytostatyków DB CATO wraz z ich wdrożeniem**

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

Prosimy o wycenę w poniższych kliku wariantach

|  |
| --- |
| **WARIANT I** |
| **L.P.** | **Przedmiot** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Vat%** | **Wartość brutto** | **Warianty wyceny**  |
| 1 | Dostawa licencji integracyjnych dla posiadanego przez Zamawiającego systemu do produkcji cytostatyków DB CATO wraz z wdrożeniem, konfiguracją oraz sprawowaniem asysty technicznej  | 1 kpl.  |  |  |  |  | Wycena obejmuje • Czas usunięcia awarii krytycznej 4 godziny robocze • Czas usunięcia awarii zwykłej 2 dni robocze |
| 2 | Koszt przeszkolenia personelu lekarskiego  | 1 osoba |  |  |  |  |  |
| 3 | Koszt przeszkolenia personelu pielęgniarskiego  | 1 osoba |  |  |  |  |  |
| 4 | Koszt przeszkolenia personelu Apteki  | 1 osoba |  |  |  |  |  |
| 5 | Koszt przeszkolenia personelu Działu Kontraktowania  | 1 osoba |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** |  |  |  |  |  |
| **WARIANT II** |  |  |  |  |  |
| 1 | Dostawa licencji integracyjnych dla posiadanego przez Zamawiającego systemu do produkcji cytostatyków DB CATO wraz z wdrożeniem, konfiguracją oraz sprawowaniem asysty technicznej  | 1 kpl.  |  |  |  |  | Wycena obejmuje • Czas usunięcia awarii krytycznej 1 dzień roboczy • Czas usunięcia awarii zwykłej 3 dni robocze |
| 2 | Koszt przeszkolenia personelu lekarskiego  | 1 osoba |  |  |  |  |  |
| 3 | Koszt przeszkolenia personelu pielęgniarskiego  | 1 osoba |  |  |  |  |  |
| 4 | Koszt przeszkolenia personelu Apteki  | 1 osoba |  |  |  |  |  |
| 5 | Koszt przeszkolenia personelu Działu Kontraktowania  | 1 osoba |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Czas realizacji deklarowany przez Wykonawcę**  | Liczba dni: | …………. |

|  |
| --- |
| **DANE OFERENTA** |
| NAZWA |  |
| Nazwisko i imię osoby do kontaktu  |  |
| Adres e-mail |  |
| Nr Telefonu |  |

Data, Podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty