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