Załącznik nr 2 do zapytania - formularz cenowy

**FORMULARZ CENOWY**

DOTYCZY: **Dostawa licencji na używanie aplikacji mobilnej dla personelu medycznego wraz z niezbędnym sprzętem**

Wartość cenową należy podać w złotych polskich. Przedstawione wartości cenowe powinny być podane w wartości: netto, VAT, brutto. W przypadku tabletów medycznych należy podać wartość cenową z uwzględnieniem 12 oraz 36 miesięcznego okresu gwarancyjnego.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Przedmiot** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Vat %** | **Wartość brutto** | **Proponowany model sprzętu / wersja systemu / czas dostawy** |
| 1 | Licencja aplikacji do pracy przy łóżku pacjenta zintegrowanej z AMMS wraz z wdrożeniem | Otwarta |  |  |  |  |  |
| 2 | Tablety medyczny z czytnikiem kodów kreskowych na potrzeby aplikacji do pracy przy łóżku pacjenta (gwarancja 12 mc) | 111 szt. |  |  |  |  |  |
| Tablety medyczny z czytnikiem kodów kreskowych na potrzeby aplikacji do pracy przy łóżku pacjenta (gwarancja 36 mc) | 111 szt. |  |  |  |  |  |
| 3 | Dedykowane Stacje dokujące dla tabletów | 37 szt. |  |  |  |  |  |
| 4 | Szkolenia z obsługi dostarczonego aplikacji do pracy przy łóżku pacjenta zintegrowanej z AMMS systemu | 140 os. |  |  |  |  |  |
| 5 | Maksymalny przewidywany czas na dostawę sprzętu wymienionego w pkt 2 i 3 | nie dotyczy  **(Podać czas)** | nie dotyczy | nie dotyczy | nie dotyczy | nie dotyczy |  |
| **OGÓŁEM ( pozycje 1-4)** | | |  |  |  |  |  |

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

Data, Podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty