Załącznik nr 2 do zapytania - formularz cenowy

**FORMULARZ CENOWY**

DOTYCZY: **Dostawa urządzeń sieciowych**

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 nieograniczonego dotyczącego dostawy urządzeń sieciowych, kieruje prośbę o złożenie oferty cenowej w celu oszacowania wartości zamówienia.

Dostawa urządzeń do dwóch lokalizacji:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Przedmiot** | **Ilość** |
| 1. | Przełącznik sieciowy **typ I** zgodny z OPZ | **8 sztuki** |
| 2. | Przełącznik sieciowy **typ II** zgodny z OPZ | **8 sztuk** |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Przedmiot** | **Cena za komplet[ brutto ]** | **Stawka Vat [%]** |
| 1. | Komplet przełączników sieciowych **typ I** zgodnych z OPZ |  |  |
| 2. | Komplet przełączników sieciowych **typ II** zgodnych z OPZ |  |  |

Specyfikacja zaoferowanego sprzętu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Przedmiot** | **Szczegóły dotyczące zaoferowanego sprzętu** **( model, parametry techniczne)** |
| 1. | Przełącznik sieciowy **typ I** zgodny z OPZ | Producent: …………………………………………………………………..Model lub seria modelu: …………………………………………………..Przewidywany maksymalny czas realizacji zamówienia od momentu podpisania umowy z Wykonawcą: ……………………………………………………………………………….. |
| 2. | Przełącznik sieciowy **typ II** zgodny z OPZ | Producent: …………………………………………………………………..Model lub seria modelu: …………………………………………………..Przewidywany maksymalny czas realizacji zamówienia od momentu podpisania umowy z Wykonawcą: ……………………………………………………………………………….. |

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

Data, Podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty