**FORMULARZ CENOWY**

DOTYCZY: **Usługa nadzoru autorskiego zainstalowanego u zamawiającego Zintegrowanego Systemu Informatycznego InfoMedica / AMMS.**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Przedmiot** | **Ilość**  **miesięcy** | **Cena jednostkowa miesiąc netto** | **Wartość netto** | **Vat %** | **Wartość brutto** |
| 1. | Usługa nadzoru autorskiego dla modułów w części Administracyjnej systemu InfoMedica/AMMS  W okresie 13.07.2025-25.07.2028 | 36 |  |  |  |  |
| 2. | Usługa nadzoru autorskiego dla modułów w części Medycznej systemu InfoMedica/AMMS  W okresie 13.07.2025-25.07.2028 | 36 |  |  |  |  |
| 3. | Usługa nadzoru autorskiego dla integracji ZSI z systemami:   * ZUS PUE (eZLA), * BLOZ, * KOWAL, * ZSMOPL, * Integracja HL7CDA- LIS IM z Repozytorium EDM, * Krajowy Rejestr Nowotworów (e-KRN), * WELCH ALLYN   W okresie 13.07.2025-25.07.2028 | 36 |  |  |  |  |
| 4. | Usługa nadzoru autorskiego dla integracji ZSI z systemem Olympus  W okresie 25.06.2026 -25.07.2028 | 25 |  |  |  |  |
| 5. | Usługa nadzoru autorskiego dla integracji ZSI z systemem AGFA EI  W okresie 31.07.2026-25.07.2028 | 24 |  |  |  |  |
| 6. | Usługa nadzoru autorskiego dla integracji ZSI z systemem PatARCH  W okresie 31.12.2025-25.07.2028 | 31 |  |  |  |  |
| 7. | Usługa asysty technicznej dla integracji z systemem eCareMed (BOSK) wraz z integracją DICOM,  W okresie 28.03.2026-25.07.2028 | 28 |  |  |  |  |
| 8. | Usługa nadzoru autorskiego dla integracji EDM z systemem Olympus  W okresie 25.06.2026 -25.07.2028 | 25 |  |  |  |  |
| 9. | Usługa nadzoru autorskiego dla integracji EDM z systemem AGFA EI  W okresie 31.07.2026 -25.07.2028 | 24 |  |  |  |  |
| 10. | Usługa nadzoru autorskiego dla integracji EDM z systemem eCareMed (BOSK)  W okresie 28.03.2026 -25.07.2028 | 28 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **X** |  |  |  |  |

**UWAGA: W przypadku, gdy wynagrodzenie jest należne za okres trwający krócej lub dłużej niż pełny miesiąc kalendarzowy proszę w kolumnach Wartość podać wynagrodzenie obliczone proporcjonalnie w stosunku do wynagrodzenia należnego za cały miesiąc.**

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