**FORMULARZ OFERTOWY**

Nr sprawy: **44-DI-ZO-2023**

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na wykonanie Usługi audytu informatycznego w ramach działań Zamawiającego mających na celu podniesienie poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych świadczeniodawców będącymi podmiotami leczniczymiprzedkładam niniejszą ofertę:

1. *Dane dotyczące Zamawiającego:*

**Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi**

**ul. Rzgowska 281/289**

**93-338 Łódź,**

1. *Dane dotyczące Wykonawcy:*

Niniejsza oferta zostaje złożona przez\*:

…………………………………………………..

…………………………………………………..

…………………………………………………..

*\* Dla każdego z Wykonawców wskazać (adres / NIP / Regon /).*

1. DANE KONTAKTOWE WYKONAWCY:

*[wszelka korespondencja prowadzona będzie wyłącznie na n/w adres / adres e-mail]*

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba do kontaktów |   |
| Adres korespondencyjny |   |
| Nr telefonu |   |
| Adres e-mail |   |

1. CENA OFERTY

*[Cena brutto winna zawierać wszelkie koszty, jakie Wykonawca poniesie w związku z realizacją zamówienia.]*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Nazwa pakietu** | **Cena Brutto** |
| 1 | Usługa audytu informatycznego w ramach działań Zamawiającego mających na celu podniesienie poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych świadczeniodawców będącymi podmiotami leczniczymi |  |
| razem |  |

………………, dnia ………………… ........................................................

 pieczęć i podpis Wykonawcy

Uwaga:

Formularz oferty musi być podpisany przez osobę lub osoby upełnomocnione do reprezentowania firmy.

**„Złożenie niniejszego zapytania ofertowego nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego i otrzymanie w jego konsekwencji oferty nie jest równoznaczne ze złożeniem zamówienia przez Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi i nie stanowi podstawy do roszczenia praw wykonawcy do zawarcia umowy”.**

1. Zapłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na konto Wykonawcy w terminie 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT.

Załączniki:

- ………………….