**FORMULARZ OFERTOWY**

Nr sprawy: **1/FENIX-POZ/2025**

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na:

Dostawa sprzętu komputerowego w ramach projektu grantowego nr FENX.06.01-IP.03-0001/23 pod nazwą „Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)”, realizowanego w ramach programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021-2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, przedkładamy 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** | **Ilość** | **Cena netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| Pakiet 1 | Komputer | **4** |  |  |  |
| Monitor | **4** |  |  |  |
| Pakiet 2 | Zasilacz awaryjny | **4** |  |  |  |
| Pakiet 3 | Urządzenie wielofunkcyjne | **6** |  |  |  |
| Pakiet 4 | Urządzenie sieciowe typu switch | **2** |  |  |  |

………………, dnia ………………… ............................................................................. pieczęć i podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

Uwaga:

1. Formularz oferty musi być podpisany przez osobę lub osoby upełnomocnione do reprezentowania firmy.
2. „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”.
3. Płatności będą dokonywane miesięcznie w terminie 60 dni od dnia wystawienia faktury.

Załączniki:

- ………………….