**Załącznik nr 1**

............................................................................

(pieczęć adresowa Wykonawcy)

NIP : ....................................................

REGON : .............................................

tel. : .....................................................

fax : .....................................................

adres e – mail : ....................................

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Zamawiający:**

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Przychodnia Lekarska "BLAMED" Sp. z o.o.**

**ul. Henryka Sienkiewicza 4**

**42 – 290 Blachownia**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe z dnia 28.04.2023 roku prowadzone w oparciu o art. 2. ust. 1. pkt. 1 Ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych ( j. t. . Dz. U. z 2022 r. poz. 1710, 1812, 1933, 2185, z 2023 r. poz. 412) na:

***Realizację usługi*: *wdrożenie trzech modułów oprogramowania gabinetowego*** *w ramach projektu****:*** *„Wdrożenie e-usług w placówkach POZ i ich integracja z systemem e-zdrowia”*

**Ja/My, niżej podpisany/i,**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**działając w imieniu i na rzecz:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nawiązując do zapytania ofertowego na ***Realizację usługi*: *wdrożenie trzech modułów oprogramowania gabinetowego***w ramach projektu ***:*** „Wdrożenie e-usług w placówkach POZ i ich integracja z systemem e-zdrowia”, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym zakresie objętym specyfikacją i opisem przedmiotu zamówienia wymienioną w zapytaniu ofertowym:

Kwota: ..................... zł netto (słownie: ................................................ złotych netto)

Vat: ........................ zł (słownie: ...................................... złotych)

Kwota: ...................... zł brutto (słownie: .............................................. złotych brutto)

**w tym:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Producent** | **Cena netto** | **Podatek VAT** | **Cena brutto** |
| **1.** | Moduł eWyniki Lab+ |  |  |  |  |
| **2.** | Moduł eRejestracja |  |  |  |  |
| **3.** | Moduł eWyniki Diag+ |  |  |  |  |
| **Całkowita wartość zamówienia** | | | | |  |

Oświadczam, że zapoznałem (-am) się z warunkami Zapytania Ofertowego, nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń i spełniam wymagania dotyczące kwalifikacji. Zobowiązuje się realizować zamówienie w terminach określonych w Zapytaniu Ofertowym.

1. Oświadczamy, że podana wyżej cena ofertowa zawiera w sobie wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.
2. Oświadczamy, że **moduły gabinetowe**spełnjąia wymagania wymienione w opisie przedmiotu zamówienia.
3. Przedmiot zamówienia wykonamy w terminie do 30.05.2023 r.
4. Oświadczamy, iż uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni licząc  
   od daty wyznaczonej na składanie ofert.

......................................................

miejscowość i data .......................................................................

/Podpis i pieczęć osoby upoważnionej  
do podpisywania oferty/