**Załącznik nr 1**

Nr sprawy: 4/ZO/2024

Formularz ofertowy

Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr telefonu/faks \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nr NIP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nr REGON\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dane dotyczące Zamawiającego:

Szpital św. Anny

ul. Szpitalna 3

32-200 Miechów

Wykonawcy zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia: **świadczenie usług telefonicznych zewnętrznych z telefonów stacjonarnych w zakresie połączeń telefonicznych stacjonarnych, międzynarodowych i do sieci komórkowej, wykonywanie bezpłatnych połączeń wewnętrznych na potrzeby Szpitala św. Anny w Miechowie** zgodnie z Załącznikiem nr 2.

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj połączenia | Średni czastrwaniarozmów (min/m-c) | Cena jed. (zł/min) Wg cennika | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
| 1 | Stacjonarne  | 1200 |  |  |  |  |
| 2 | Do sieci komórkowych | 2700 |  |  |  |  |
| 3 | Międzynarodowe | 5 |  |  |  |  |
| 4 | Opłata miesięczna stała (jeżeli występują np. abonament) | X | X |  |  |  |
| RAZEM 1-4 |  |  |  |

1. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego. W ofercie nie została zastosowana cena rażąco niska, w tym dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji.
2. Oświadczam, że podana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis