



Znak: AE/DT-07/22

Załącznik Nr 1

## FORMULARZ OFERTOWY

### I. DANE WYKONAWCY:

1. Pełna nazwa: .....  
.....
2. Adres .....  
  
województwo.....powiat.....
3. Tel./Fax: .....  
  
strona www..... e-mail:.....
4. Regon .....
5. NIP .....

### II. CENA

Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia za kwotę:

1. Oplata miesięczna za dzierżawę, serwis i administrację centrali wraz z oprzyrządowaniem  
(w tym wliczona opłata za montaż centrali) za 1 m-c:

NETTO: .....  
/słownie złotych/ .....



BRUTTO: .....  
/słownie złotych/ .....

**2. Oplata abonamentowa miesięczna za 1 łącze ISDN PRA (30B+D), (w tym wliczona opłata za instalację w/w łącza) za 1 m-c:**

NETTO: .....  
/słownie złotych/ .....

BRUTTO: .....  
/słownie złotych/ .....

**3. Oplata za połączenia lokalne i strefowe - plan sekundowy z zerową opłatą początkową za 1 min:**

NETTO: .....  
/słownie złotych/ .....

BRUTTO: .....  
/słownie złotych/ .....

**4. Oplata za połączenia międzystrefowe - plan sekundowy z zerową opłatą początkową za 1 min:**

NETTO: .....  
/słownie złotych/ .....

BRUTTO: .....  
/słownie złotych/ .....

**5. Oplata za połączenia międzynarodowe do sieci stacjonarnych do I strefy - plan sekundowy z zerową opłatą początkową za 1 min:**

NETTO: .....  
/słownie złotych/ .....



BRUTTO: .....  
/słownie złotych/ .....

**6. Opłata za połączenia do sieci telefonii komórkowej - plan sekundowy z zerową opłatą początkową za 1 min:**

NETTO: .....  
/słownie złotych/ .....

BRUTTO: .....  
/słownie złotych/ .....

**III. KSZTAŁTOWANIE SIĘ CEN W OKRESIE TRWANIA UMOWY**

1. Ceny brutto przedstawione w Formularzu Ofertowym w pkt II w nie ulegną zmianie przez okres obowiązywania umowy - nie dotyczy to zmiany cen wynikających ze zmiany przepisów lub wprowadzonych drogą decyzji właściwych organów administracji państwowej, w tym zmiany stawki VAT.
2. Zmianę cen w oparciu o w/w przyczyny (ujęte w pkt.1) – Wykonawca udokumentuje

**IV. JAKOŚĆ**

Wykonawca gwarantuje, że towar stanowiący przedmiot zamówienia spełnia warunki dopuszczenia do obrotu na terenie RP.

**V. OFEROWANE WARUNKI ROZLICZANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCĄ ZA ZREALIZOWANE USŁUGI, CZAS INTERWENCJI NA ZGŁOSZONĄ USTERKĘ/AWARIĘ**

1. Termin zapłaty od dnia wystawienia faktury Zamawiającemu - ..... dni (nie krótszy niż 30 dni).
2. Czas interwencji bezpośredniej u Zamawiającego na zgłoszoną usterkę/awarię uniemożliwiającą częściowe lub całkowite funkcjonowanie centrali - ..... h (maksymalnie do 8 godzin) od zgłoszenia.

*Katarzyna Skorupa*  
Referent

.....  
podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty



Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika 33-100 Tarnów ul. Szpitalna 13 - administracja@ssz.tar.pl

www.ssz.tar.pl - tel. 14 63 10 100 - fax. 14 62 13 637 - NIP 873-27-14-039 - REGON 000313408

ING BANK ŚLĄSKI S.A. 83 1050 1562 1000 0090 3255 1757

Radca Prawny

*Lukasz Wójcik*

