*Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego*

**Pełnomocnik Zamawiających:**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Weigla 5

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **DANE WYKONAWCY**
2. **NAZWA WYKONAWCY***:**(PEŁNOMOCNIKA W PRZYPADKU KONSORCJUM****)***

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

**2. SIEDZIBA WYKONAWCY:**

 *Ul:* ........................................ *Kod:* .................. *Miejscowość:* ..............................

**3. ADRES DO KORESPONDENCJI**:

 *Ul:* ........................................  *Kod:* .................. *Miejscowość:* ..............................

**4. NIP:** ....................................................................................................................................................

**5. REGON:** ............................................................................................................................................

**6. TEL:** ...................................................................................................................................................

**7. FAX:** .................................................................................................................................................

**8. E-MAIL:** .............................................................................................................................................

**9. STRONA INTERNETOWA:**...............................................................................................................

**10. OSOBA DO KONTAKTÓW:**

 *Imię:………………………… Nazwisko …………………………Tel………………………………… e-mail……………………………*

1. **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

Oferta dotyczy postępowania prowadzonegow trybie zapytania ofertowego na podstawie *Wytycznych programowych Instytucji Zarządzającej RPO WD w zakresie ogólnych zasad udzielania zamówień i wyboru wykonawców w transakcjach nieobjętych przepisami ustawy Prawo Zamówień Publicznych* na **promocję projektu pn.: „*Dolnośląskie e-Zdrowie etap 3 – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna*”** realizowanego i współfinansowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007 – 2013, Działanie 2.2 Rozwój usług elektronicznych, nabór 69/K/2.2/2013 „EDM".

1. **CENA**

**Cena oferty ogółem wynosi:**

**Kwota netto**:...…………………………………………………………………………………………….zł

**Słownie kwota netto**: ……………………………………………………………………………………...

**VAT** ……..**%.**................................................................................................................................. zł

**Kwota brutto:**……………………………………………………………………………………..………zł

**Słownie kwota brutto:** ……………….……………………………………………………………………

1. **POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW ZAMAWIAJĄCEGO**
2. Zapoznałem się z warunkami postępowania zawartymi w zapytaniu ofertowym i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
3. Uważam się za związanego z ofertą przez 30 dni.
4. Akceptuję wzór umowy i w razie wybrania oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
5. Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu oświadczenia złożyłem ze świadomością odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń w celu uzyskania korzyści majątkowych.
6. Udzielam gwarancji na przedmiot zamówienia zgodnie z zapisami wzoru umowy.
7. **PODWYKONAWCY;**

Zadania objęte zamówieniem zamierzam wykonać **samodzielnie/przy udziale podwykonawców\*.**

|  |  |
| --- | --- |
| **L.P.** | **Zadania, które zostaną wykonane przez podwykonawców**  |
| 1 |  |
| 2 |  |

1. **OŚWIADCZENIA**

Oświadczamy, że :

1. Posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania zamówienia.
2. Dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
3. Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,

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

miejscowość, data

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

(podpis i pieczątka imienna osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

**\* Niepotrzebne skreślić**

**\*\* Właściwe wypełnić**