**Dane Wykonawcy:**

Nazwa: ....................................................................................................................................................

Siedziba i adres: .......................................................................................................................................

Numer telefonu: …………………………………………….……

Numer REGON ………………………………………….……… Numer NIP ………………………………...............................

Adres poczty elektronicznej …………………………………………………………………………….……………………..………….

**Formularz ofertowy**

W prowadzonym postępowaniu w trybie zapytania ofertowego, którego przedmiotem jest **odnowienie subskrypcji produktów Fortinet (MKUO ProNatura/ZO/98/23)** oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w terminie, zakresie i na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym **za cenę umowną brutto :**

**…….…………………..…………………............................................................................................................**

(słownie złotych brutto: ……………………………………………..………..…………………………..…)

w tym podatek VAT wg stawki ……. %

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot | Ilość(szt.) | Cena jednostkowa zł netto | Stawka VAT | Cena jednostkowa zł brutto | Wartość netto | Wartość brutto |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5(kol.3+kol.4) | 6(kol.2xkol.3) | 7(kol.2xkol.5) |
| 1 | FortiClient EPP/APT (On Premise Deployments) Agent Subscription - FCTEMSTA20001530 – licencja na kolejne 12 miesięcy (125 users) | 1 |  |  |  |  |  |
| 2 | FortiSwitch-108F - odnowienie serwisu FortiCare Premium Support na kolejne 12 miesięcy | 4 |  |  |  |  |  |
| 3 | FortiSwitch-108E - odnowienie serwisu FortiCare Premium Support na kolejne 12 miesięcy | 2 |  |  |  |  |  |
| 4 | FortiGate-101E - odnowienie serwisu FortiCare Premium Support na kolejne 12 miesięcy | 1 |  |  |  |  |  |
| 5 | FortiWiFi-40F - odnowienie licencji Unified Threat Protection (UTP) (IPS, Advanced Malware Protection, Application Control, URL, DNS & Video Filtering, Antispam Service, and FortiCare Premium) na kolejne 12 miesięcy | 1 |  |  |  |  |  |
| **Ogólna wartość oferty** |  |

 ……..………..………………………………..

Podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy