###### Załącznik Nr 2 po aktualizacji

|  |
| --- |
|  |

 Pieczątka firmowa Sprzedającego

FORMULARZ CENOWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Nazwa** | **Ilość** | **Cena jedn. netto zł.** | **Cena netto****zł.** | **VAT****%** | **Kwota****VAT** | **Cena brutto****zł.** |
| **1** | **2** | 3 | 4 | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1 | Aparat RTG stacjonarny |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Demontaż istniejącego aparatu telekomndo |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Adaptacja pomieszczeń |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Montaż dostarczonego aparatu, w tym pozostałych elementów zgodnie z Zapytaniem ofertowym |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Szkolenie 26 osób personelu |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Gwarancja dodatkowa w cenie oferowanego urządzenia: …………….miesięcy liczone po upływie okresu gwarancji |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:**  |  |  |  |  |

*Uwaga:*

*Nabywca wymaga, aby cena obejmowała wszystkie koszty, związane z realizacją zamówienia, t.j.*

* *koszt transportu / dostawy/ i ubezpieczenia do Nabywcy z miejscem dostawy do Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim ul. Daleka 11 do wskazanego miejsca zabudowy,*
* *koszt wszelkich załadunków i rozładunków w miejscu wskazanym przez Nabywcę,*
* *koszt cła i podatku granicznego, jeśli takie wystąpią,*
* *koszt wszystkich funkcjonalności oferowanego urządzenia bez konieczności ponoszenia dodatkowych opłat.*
* *koszty dostawy, prac adaptacyjnych, montażu i uruchomienia,*
* *koszty licencji do oprogramowania wskazanego w Opisie Przedmiotu Zamówienia wraz z kosztem wymaganego zakupu dodatkowych licencji – jeżeli dotyczy*
* *koszty integracja aparatu z systemami HIS/RIS/PACS Nabywcy w miejscu zabudowy*
* *koszty szkolenia personelu Nabywcy w miejscu odbioru*

*Oferta niespełniająca powyższego warunku zostanie odrzucona.*

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

Podpis i pieczątka upoważnionego

 Przedstawiciela Sprzedający