

**Formularz oferty**  
**na wykonanie zamówienia o wartości od 50 000,00 zł netto do 130 000,00 zł netto**

**I. Nazwa i adres Zamawiającego:**

Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w  
Szczecinie, ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin

**II. Nazwa przedmiotu zamówienia:**

Usługa udostępnienia systemu weryfikacji autentyczności leków na serwerach  
Usługodawcy.

**III. Nazwa i adres Wykonawcy:**

.....  
.....

NIP .....

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na ogólną kwotę .....,  
w tym:
  - a) cenę abonamentu miesięcznego netto: ..... zł  
słownie netto: ..... zł
  - b) cenę abonamentu miesięcznego brutto: ..... zł  
słownie brutto:..... zł
  - c) podatek VAT: .....

Potwierdzam zapoznanie się z dokumentami załączonymi do ogłoszenia i nie wnoszę do nich  
uwag.

2. Deklaruję ponadto:  
termin uruchomienia usługi: do 21 dni roboczych od dnia podpisania  
umowy

3. Załącznikami do niniejszego formularza są:
  - a. ....
  - b. ....

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć, podpis Wykonawcy)