
(pieczęć Wykonawcy)

Gmina Dubicze Cerkiewna
17-204 Dubicze Cerkiewne
ul. Główna 65
NIP 603 00 14 518
tel. 85 682 79 81
tel/fax 85 682 79 80

OFERTA

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na: **Udostępnianie systemów, których producentem jest firma U.I. INFOSYSTEM i SYGNITY S.A oraz sprawowanie opieki serwisowej nad systemami**

Ja, niżej podpisany _____, będąc uprawnionym do
(imię i nazwisko)
reprezentowania firmy

(nazwa firmy / firm wchodzących w skład konsorcjum)

(adres firmy / firm wchodzących w skład konsorcjum)

tel. _____, fax _____, NIP ____-____-____-____,

Regon _____, składam w jej imieniu niniejszą ofertę:

1. Oferujemy wykonanie usług będących przedmiotem zamówienia za cenę:

Lp.	Nazwa programu/modułu	Liczba licencji	Liczba dodatkowych stanowisk	Cena roczna (netto)	Podatek VAT(23%)	Cena roczna (brutto)	Oplata kwartalna (brutto)
1.	Budżet	1	2				
2.	Kadry i Płace	1	0				
3.	Podatki	1	0				
4.	KSZOB	1	2				
5.	OPLOK	1	0				
6.	Podatki IPE-PN	1	0				

7.	WODA	1	0				
8.	REJESTR	1	0				
9.	SELWIN	1	0				
10.	USCWIN	1	0				
11.	RWWIN	1	0				
Razem		11	4				

2. Cena roczna zamówienia wynosi zł (brutto)
słownie:.....

3. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z warunkami udzielenia zamówienia zawartymi w zapytaniu o cenę i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.

4. Oświadczamy, że będziemy/nie będziemy* pobierać opłat z tytułu opieki serwisowej od dodatkowych systemów autorstwa firmy U.I. INFOSYSTEM i SYGNITY S.A. wprowadzonych w okresie obowiązywania umowy.

5. Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu oświadczenia składamy ze świadomością odpowiedzialności karnej

6. W przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia stosownej umowy z uwzględnieniem wypracowanych wspólnie istotnych dla stron postanowień, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7. Oświadczam, że uważamy się za związanego ofertą co najmniej 30 dni licząc od daty upływu terminu składania ofert .

8. Akceptujemy kwartalny termin rozliczenia świadczonych usług w zakresie opieki serwisowej nad systemami i 30 dniowy termin opłacania faktur.

.....
(miejscowość , data)

.....
(Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/ Pełnomocnika)

* niepotrzebne skreślić