|  |  |
| --- | --- |
|  (pieczęć Wykonawcy) | Załącznik nr 1  |
| Strona nr |  | stron. |
| z ogólnej liczby |  |

Załącznik nr 1: „Formularz ofertowy”.

**I NAZWA I ADRES WYKONAWCY:**

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:**………………………………………………………………..……….**

Adres Wykonawcy: **………………………..…………………………………………………………**

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

NIP: **……………………………………..**

REGON: **……………………………………..**

KRS: **……………………………………..**

Wielkość przedsiębiorstwa: **…………………………………..**

Telefon: **……………………………………..** Adres internetowy: **……………………………………..**

Adres e-mail: **………………………......................**

Nazwa i nr konta bankowego Wykonawcy:

**Ubiegając się o wykonanie usługi oferuję realizację przedmiotowego postępowania :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Limit miesięczny znaków** | **Cena jednostkowa za miesiąc – ryczałt netto** | **Wartość netto – w przeliczeniu na 12 miesięcy** | **VAT**  | **Wartość brutto - w przeliczeniu na 12 miesięcy** |
| **1.** | do 0,5 mln znaków/mies. |  |  |  |  |
| **2.**  | 0,5 do 1 mln znaków/mies. |  |  |  |  |
| **3.**  | 1 do 1,5 mln znaków/mies |  |  |  |  |

**\*Cena za dodatek - zlecenie pilne ponad miesięczny limit (doliczane jednostkowo do faktury miesięcznej): ……………………………………**

**\*** **Integracja z posiadanym przez Zamawiającego oprogramowaniem Philips SeechExec pro (LFH4400). Zamawiający wymaga pełnej integracji po stronie Wykonawcy z system Zamawiającego lub dostarczenia oprogramowania równoważnego i przeprowadzenia odpowiedniej integracji – koszt po stronie Wykonawcy wliczony w cenę ofertową.**

**Oświadczamy, że osobą skierowaną do wykonania przedmiotu zamówienia posiada doświadczenie w zakresie dotyczącym opisów badań TK i RTG na rzecz podmiotów leczniczych.** Oświadczamy, że osobą skierowaną do realizacji przedmiotu zamówienia będzie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko osoby wskazanej do wykonania przedmiotu zamówienia | Doświadczenie – nazwa podmiotu\* | Doświadczenie - data wykonania\* |
|  |  |  |  |

\*Wykonawca wykaże, że w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, osoba skierowana do realizacji przedmiotu zamówienia należycie wykonała **minimum 2 usługi transkrypcji tekstów medycznych z zakresu diagnostyki obrazowej - każda z usług wykonana lub wykonywana nieprzerwanie przez 12 miesięcy.**

Podpis Wykonawcy

…………………………………..