**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego**

…………………………………………….. ……………………………..

/Pieczęć Oferenta/ /miejsce i data sporządzenia/

**OFERTA**

1. **ZAMAWIAJĄCY:**

 **"FARMA-MED" Kujawskie Centrum Medyczne Sp. z o. o. Sp. k.**

 **ul. Dworcowa 71**

 **88 - 100 Inowrocław**

 **Tel/Fax**52 357 42 99

1. **WYKONAWCA:**

**Nazwa oferenta**……………………………………………………………………………………......................…………

**Adres/siedziba firmy**……………………………………………………………………………………..........…………….

**NIP:**………………………………………………………………………………………...................................……………

1. **OFERTA**

Po zapoznaniu się z warunkami zawartymi w zapytaniu ofertowym nr 1/2018 oświadczam,
że akceptuję je bez zastrzeżeń. Poniżej przedstawiam następujące warunki realizacji przedmiotu zamówienia

**Łączna cena oferty brutto:...................................................................PLN (słownie:..........................................................................................................................)**

**w tym VAT: ………….............................… %, kwota ……………..................................………....**

**Cena oferty netto:…… …………………………………… PLN**

**(słownie:......................................................................................................………..…………)**

W tym cena poszczególnych funkcjonalności wynosi:

1. komunikatów sprawozdawczych XML stosowanych w pilotażu POZ PLUS,

**cena oferty brutto:...........................................................PLN (słownie:.........................................................................................................................)**

**w tym VAT: …………… %, kwota ……………..................................………....**

**cena oferty netto:…… …………………………………… PLN**

**(słownie:.....................………..…................................................................................………)**

1. sprawozdawczości dotyczącej statusu pacjentów w procesie opieki koordynowanej z wykorzystaniem usług sieciowych (web-serwisy),

**cena oferty brutto:....................................................PLN (słownie:............................................................................................................................)**

**w tym VAT: …………… %, kwota ……………..................................………....**

**cena oferty netto:…… …………………………………… PLN**

**(słownie:.....................………..…….................................................................................……)**

1. sprawozdawczości monitorującej stan zdrowia pacjentów z wykorzystaniem usług sieciowych,

**cena oferty brutto:...........................................PLN (słownie:...........................................................................................................................)**

**w tym VAT: …………… %, kwota ……………..................................………....**

**cena oferty netto:…… …………………………………… PLN**

**(słownie:.....................………..…................................................................................………)**

4) usług integracyjnych z systemami: Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP) i System Informatyczny. Monitorowania Profilaktyki (SIMP) w celu pobierania informacji o świadczeniach udzielonych pacjentom objętym opieką koordynowaną .

**cena oferty brutto:...........................................PLN (słownie:.........................................................................................................................)**

**w tym VAT: ………............…… %, kwota ……………..................................………....**

**cena oferty netto:…… …………………………………… PLN**

**(słownie:.....................……...............................................................................…..…………)**

 …………………………………………………………

 podpis upoważnionego przedstawiciela Oferenta