**Załącznik nr 1 do Zapytania o informację cenową**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy: |  |
| Adres Wykonawcy:  (kod, miejscowość, ulica, nr lokalu) |  |
| Nr telefonu/faksu: |  |
| Adres e-mail: |  |

**Zakład Ubezpieczeń Społecznych**

**ul. Szamocka 3, 5**

**01-748 Warszawa**

**FORMULARZ ODPOWIEDZI NA ZAPYTANIE O INFORMACJĘ CENOWĄ**

W odpowiedzi na Zapytanie o informację cenową dotyczącą zakupu „7 sztuk nowych subskrypcji usługi online INFOGRAM Business” wskazanych w **Zapytaniu RFI** przedstawiam poniższe informacje.

1. Poniższe informacje (\*wybrać właściwe\*):
   * \*zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów  
     o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być ujawniane innym podmiotom.
   * \*nie zawierają informacji stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów  
     o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i mogą być ujawniane innym podmiotom.
2. Wszelką korespondencję dotyczącą przedmiotowej odpowiedzi na zapytanie o informację cenową należy kierować na:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko: |  |
| Nazwa podmiotu: |  |
| Adres: |  |
| Nr telefonu: |  |
| Nr faksu: |  |
| Adres e-mail: |  |

1. Wycena zamówienia w dwóch wariantach:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Czas obowiązywania** | **Ilość** | **Jednostka** | **Stawka podatku VAT**  **%** | **Cena jednostkowa brutto w PLN** | **Wartość łączna pozycji brutto w PLN**  **(kol.4 x kol.7)\*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | zakup i dostawa subskrypcji usługi online INFOGRAM Business | 12 miesięcy | 7 | szt. |  |  |  |
| 2. | zakup i dostawa subskrypcji usługi online INFOGRAM Business | do dnia 29.07.2027 r. | 7 | szt. |  |  |  |

\* kwoty powinny zostać podane w PLN z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

Wycena powinna obejmować wszystkie koszty dostawcy.

1. Okres ważności wyceny nie krótszy niż 30 dni liczonych od terminu wyznaczonego na złożenie odpowiedzi.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(-ych) | Podpis(-y) osoby(osób) uprawnionej(-ych) | Miejscowość i data |
|  |  |  |