



Miejscowość data.....

Formularz ofertowy



Pieczęć Oferenta

Tel., e-mail

Odpowiadając na zapytanie **Zaprojektowanie i wdrożenie nowej strony internetowej Szpitala Uniwersyteckiego.**

Dane Oferenta	
Nazwa	
Adres	
NIP	
Nr KRS (jeśli dotyczy)	

1. Cena wykonania usługi:

Cena netto

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

/ KRS: 0000024155 / 31-501 Kraków / ul. Mikołaja Kopernika 36 / tel., 12 424 70 00 / fax 12 424 74 87





Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Cena brutto

W tym:

A. Zaprojektowanie i wykonanie strony internetowej:

kwota netto

kwota brutto

B. Wsparcie techniczne przez 36 miesięcy:

kwota netto.....

kwota brutto

C. Przeniesienie majątkowych praw autorskich:

kwota netto.....

kwota brutto

Deklaruję ponadto przekazanie praw autorskich do wykonanych dzieł w ramach zawartej umowy - zgodnej z niniejszym zapytaniem ofertowym.

Syntetyczny opis projektu oraz opis wykorzystywanych narzędzi i technik stanowi załącznik do Oferty.

Referencje potwierdzające, że w okresie przed upływem terminu składania ofert Wykonawca należycie wykonał co najmniej dwie usługi w zakresie zaprojektowania i wdrożenia strony internetowej, o wartości co najmniej 50 000 zł (słownie: pięćdziesiąt tysięcy złotych) brutto każda.

Wstępna koncepcja wizualizacji strony głównej. Projekt graficzny strony / makieta dostępny jest pod adresem:

Dostęp do demo CMS znajduje się pod adresem:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

/ KRS: 0000024155 / 31-501 Kraków / ul. Mikołaja Kopernika 36 / tel., 12 424 70 00 / fax 12 424 74 87





Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Oświadczam, że:

- zapoznałem(am) się z treścią zapytania i w całości akceptuję/-my jego treść,
- oferta spełnia wymagania określone przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym.
- cena oferty obejmuje wszelkie koszty, jakie poniesie Wykonawca przy realizacji zamówienia.
- uważam się za związanego(a) ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert,
- oświadczam(y), że zobowiązuje(emy) się, w przypadku wyboru niniejszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym i ofercie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego

.....
podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

/ KRS: 0000024155 / 31-501 Kraków / ul. Mikołaja Kopernika 36 / tel., 12 424 70 00 / fax 12 424 74 87

