............................................…

 (pełna nazwa/firma, adres Wykonawcy)

FORMULARZ OFERTOWY

na przeprowadzenie audytu na podstawie
„ZARZĄDZENIA NR 8/2023/BBIICD PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 16 stycznia 2023 r. z późniejszymi zmianami tj. Zarządzenia nr 108/2023/DI z dnia 14 lipca 2023 r.
 oraz Zarządzenia NR 121/2023/DI z dnia 14 sierpnia 2023 r., w sprawie finasowania działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa teleinformatycznego

u świadczeniodawców”.

Ja (my), niżej podpisany (ni)

........................................................................................………………………..

działając w imieniu i na rzecz :

...................................................................................................................................................……………

(nazwa przedsiębiorstwa)

................................................................................................................................................................

(adres przedsiębiorstwa)

REGON ...............................................… NIP ...............................................…

nr telefonu ....................................................................

e-mail .............................................................................................

w odpowiedzi na Zapytanie Ofertowe nr 02/ZAM/CYB/2023 składamy niniejszą ofertę.

1. Oferuję/-my realizację zamówienia zgodnie z warunkami zawartymi w Zapytaniu ofertowym na przeprowadzenie audytu przy następującej ofercie cenowej:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jednostkowa zł netto** | **Cena jednostkowa zł netto** | **Stawka VAT** |
| 1. | Przeprowadzenie audytu | szt. | 1 |  |  |  |

1. Cena oferty określona w pkt 1 zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.
2. Akceptuję/-my 14 dniowy termin płatności, liczony od daty otrzymania faktury.
3. Oświadczam/-my, że:
* wobec mnie/nas, jako Wykonawcy nie wszczęto postępowania upadłościowego lub nie znajduję/my się w stanie upadłości.
* audyt zostanie przeprowadzony przy spełnieniu warunków zawartych w Załączniku nr 2 do „ZARZĄDZENIA NR 8/2023/BBIICD PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 16 stycznia 2023 r. z późniejszymi zmianami tj. Zarządzenia nr 108/2023/DI z dnia 14 lipca 2023 r. oraz Zarządzenia NR 121/2023/DI z dnia 14 sierpnia 2023 r., w sprawie finasowania działań
w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa teleinformatycznego

u świadczeniodawców”.

* Oferent zapewnia przeprowadzenie audytu w terminie i miejscach wskazanym przez Zamawiającego.
* Zapoznałem/liśmy się ze szczegółowymi warunkami zawartymi w dokumentacji Zapytania ofertowego i przyjmuję/my je bez zastrzeżeń.
* Wykonam/y zamówienie na warunkach i zasadach określonych przez Zamawiającego w Zapytaniu ofertowym.
* Akceptuję/my wskazany w Zapytaniu ofertowym czas związania ofertą – 60 dni od upływu terminu składania ofert.
* Oferowana cena usługi nie będzie podwyższana w okresie obowiązywania umowy.
1. Ofertę niniejszą składamy na ……….. kolejno ponumerowanych stronach.
2. Do niniejszej oferty załączamy wymagane w zapytaniu ofertowym dokumenty tj.:

1/ ………………………………..

2/ ………………………………..

3/ ………………………………..

4/ ………………………………..

..............................., dn. ........................... …...............................................................

 podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji Oferenta