**Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 1/2023 z dnia 02.08.2023r.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

 Nazwa Wykonawcy

|  |
| --- |
|  |

 Adres/siedziba Wykonawcy

|  |
| --- |
|  |

 NIP

|  |
| --- |
|  |

 REGON

|  |
| --- |
|  |

 Numer telefonu

|  |
| --- |
|  |

 E-mail

|  |
| --- |
|  |

W odpowiedzi na otrzymane zapytanie ofertowe oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia publicznego na dostawę …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. na potrzeby Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Inowrocławiu oświadczam, że:

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Zapytaniem ofertowym oraz opisem przedmiotu zamówienia ofertowego i zobowiązuję się je wykonać w sposób i na warunkach określonych w ww. zapytaniu.
2. Oświadczam, że uzyskałem/łam wszystkie niezbędne informacje w celu sporządzenia oferty cenowej.
3. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sprzęt:** | **Ilość:** | **Cena jednostkowa netto** | **Stawka VAT** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
|  |  |  |  |  |  |

1. W ramach przedstawionej przez Zamawiającego specyfikacji technicznej oferujemy następujące modele sprzętów, które spełniają określone przez Zamawiającego wymagania:

|  |
| --- |
| **10 SZTUK DRUKAREK** |
| Wymagane minimalne parametry techniczne | **Dane techniczne oferowanego urządzenia:** |
| **Nazwa producenta:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Model urządzenia:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| drukarka laserowa, monochromatyczna, |  |
| obsługiwany typ nośnika: papier zwykły, etykiety, koperty |  |
| obsługiwane formaty nośników: A6, A5, A4, B6, B5 |  |
| podajnik papieru - 250 arkuszy |  |
| odbiornik papieru - 150 arkuszy |  |
| szybkość druku w mono do 38 str./min |  |
| maksymalna rozdzielczość druku 1200 x 1200 dpi |  |
| miesięczne obciążenie 80000 str./miesiąc |  |
| maksymalna gramatura papieru 175 g/m² |  |
| druk dwustronny (dupleks), automatyczny |  |
| USB |  |
| Wi-Fi |  |
| LAN (Ethernet) |  |   |
| AirPrint bądź równoważne |  |  |
| Gwarancja min. 24 miesiące | Oferowany termin gwarancji: |  |

……………………………………….

*Data; podpis osoby upoważnionej*