Załącznik nr 1 do WARP-27/Z/2018

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

*Pieczęć firmowa*

Dane Oferenta:

Nazwa firmy: *....................................................................................*

Adres:..............................................................................................  
Tel./faks:..........................................................................................  
NIP:.................................................................................................  
REGON:............................................................................................  
E-mail:*.............................................................................................*

dn*............................r*.

Nawiązując do zapytania ofertowego, WARP-27/Z/2018 przedstawiamy ofertę zgodnie z zapytaniem ofertowym na „dostawę 100 licencji oprogramowania antywirusowego **Bitdefender GravityZone Business Security**” na potrzeby Wielkopolskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości Sp. z o.o.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot** | | **Cena jednostkowa netto** | | **Ilość** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** |
| **1.** | Dostawa 100 licencji oprogramowania antywirusowego **Bitdefender GravityZone Business Security.** | |  | | **100** |  |  |  |
|  |  |  |  | **SUMA** | |  |  |  |

*Słownie wartość brutto* ……………………………………………………………………………………………………………………………

*(Cena ofertowa musi zawierać wszystkie koszty związane z realizacją zadania w tym podatek VAT   
w ustawowej wysokości, a także inne koszty niezbędne do zrealizowania zamówienia).*

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze zapytaniem ofertowym i nie wnosimy do niego zastrzeżeń.
2. W przypadku przyznania nam zamówienia, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

Akceptujemy:

1. wskazany w zapytaniu ofertowym wymóg niezmienności ceny i warunków oferty do końca trwania umowy.
2. termin płatności faktury na 21 dni licząc od dnia dostarczenia poprawnie wystawionej faktury do siedziby Zamawiającego (Wielkopolska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości Spółka z o.o.; ul. Piekary 19, 61-823 Poznań; Tel. 61 656 35 00)

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

*(podpisy osoby/osób wskazanych w dokumencie, uprawnionej/ uprawnionych do występowania   
w obrocie prawnym reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu).*