*Załącznik nr 2 do Zarządzenia Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu opieki Zdrowotnej w Sławkowie Aleksandry Mura nr 16/K /2022Dyrektora SPZOZ Sławków z dn. 09.12.2022r*

**FORMULARZ OFERTOWY**

na udzielanie kompleksowej obsługi bankowej dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie

**I. Dane o Oferencie :**

**.............................................................................................................................................**

**Pełna nazwa i adres Oferenta**

**..............................................................................................................................................**

**Nip :…………………………….**

**Regon : ...................................**

**Osoba wyznaczona do kontaktu z Udzielającym Zamówienie:**

**Nr tel. ............................... Nr fax ................................. email ....................................**

II. Przedmiotem oferty jest udzielanie kompleksowej obsługi bankowej dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Rodzaj opłaty/ opłat związanych z udzielaniem kompleksowej obsługi bankowej dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie** | **Cena jednostkowa w zł** |
|  | Opłata za prowadzenie rachunku bieżącego  |  |
| 2 | Opłata za prowadzenie rachunku pomocniczego  |  |
| 3 | Opłata za prowadzenie rachunku pomocniczego |  |
| 4 | Opłata za każdy przelew wychodzący  |  |
| 5 | Opłata za każdy przelew przychodzący |  |
| 6 | Opłata za przelew wewnątrz banku  |  |
| 7 | Opłata za dokonywanie wpłat do banku  |  |
| 8. | Opłata za podejmowanie gotówki z banku  |  |
| 9. | Koszty bankowości elektronicznej wszystkie  |  |
| 10. |  Inne koszty związane z obsługą bankową / ( nie dotyczy kredytów bankowych ) |  |
| 11. |  Terminal płatniczy wszystkie koszty związane z nim( wprowadzenie obsługa i inne)  |  |
| 12 | Koszty karty płatniczej  |  |
| 13 |  Inne mocne strony Banku w zakresie obsługi bankowej  |  |

**Rachunek bankowy bieżący – miesięcznie około 100 przelewów**

**1. Rachunek pomocniczy-miesięcznie około 2 przelewy wewnętrzne w tym 1 wewnętrzny**

**2.Rachunek pomocniczy- miesięcznie około 3 przelewy**

**Uprzejmie proszę o odniesienie się do pytań w formularzu ofertowym. Proszę nie edytować formularza i nie przesyłać w Załącznikach produktów bankowych reklamowych.**

**III**. Zobowiązania Oferenta:

1. Zamówienie zostanie wykonane w terminie wymaganym przez Udzielającego Zamówienie tj. **w okresie od 01.01.2023 r. do dnia 31.12.2025 r.**
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz otrzymaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty. Zobowiązujemy się do spełnienia wymagań Udzielającego Zamówienie.
3. Oświadczamy, że projekt wyboru naszej oferty przedstawimy Udzielającemu Zamówienie do akceptacji uwzględniając postanowienia zapytania ofertowego w terminie nie przekraczającym 4 dni robocze licząc od dnia zawiadomienia nas o wyborze oferty.
4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w zapytaniu ofertowym tj. przez okres 30 dni od upływu składania ofert.
5. Zamówienie realizujemy samodzielnie/ przy udziale podwykonawców w następującym zakresie……………………………………………………………..
6. Oświadczamy, że informacje zawarte na stronach oferty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
7. Oferta składa się z……………… kolejno ponumerowanych i parafowanych stron.
8. Załącznikami do oferty są:
9. ………………………………..
10. ……………………………….
11. ……………………………….
12. ……………………………….
13. ………………………………
14. ……………………………….
15. ………………………………..
16. Oświadczam ,że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 1

Podpis upoważnionego przedstawiciela/wykonawcy

…………………………………………………………………….