Załącznik Nr 1 do Szacowania wartości na badanie kliniczne

Szacowanie wartości zamówienia dotyczy działań realizowanych przez Pentacomp Systemy Informatyczne w ramach Projektu nr 2022/ABM/02/00004 pn. *„Development of an IT system based on artificial intelligence algorithms supporting the diagnosis of hip dysplasia in infants and the process of choosing the optimal therapeutic path”.*

**formularz Szacowanie wartośći zamówienia**

Odpowiedź na szacowanie wartości dotyczące: badanie kliniczne – wyrób medyczny w klasie IIa

1. **Dane oferenta**:
2. Nazwa: …………………………………………………………………………..
3. Adres siedziby: ………………………………………………………………
4. NIP: ……………………………………………………………………………….
5. REGON: …………………………………………………………………………
6. Osoba uprawniona do kontaktowania się ze Zleceniodawcą:

imię i nazwisko: ………………………………………………………………

telefon: …………………………………………………………………………..

adres e-mail: ………………………………………………………………….

1. Specyfikacja/wymagania techniczne zgodne z zapisami w OPZ.

Oświadczam, że szacowanie spełnia wymagania wskazane w Opisie Przedmiotu Zamówienia.

1. Warunki płatności:
2. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w następującej cenie oraz czasie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Badanie kliniczne**  | **Słownie** |
| Wartość netto |  |  |

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Oferta szacowania wartości zamówienia jest ważna 6 miesięcy od dnia jej złożenia.
3. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku poświadczenia przeze mnie nieprawdy, szacowanie zostanie odrzucone.

Załączniki:

1. Oświadczenie o braku powiązań osobowych i kapitałowych z Zamawiającym.

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

 Podpis osoby uprawnionej