# Załącznik nr 3

*Pieczęć firmowa Wykonawcy*

#

#  SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA

**Świadczenie usług telefonii stacjonarnej**

 **Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy**

 **Oddział w Gliwicach, 44-102 Gliwice ulica Wybrzeże Armii Krajowej 15**

***TABELA I: ABONAMENTY***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA** | **J.M.** | **ILOŚĆ** | **Cena jedn. netto\*)** | **Wartość netto** | **CZAS TRWANIA UMOWY** | **WARTOŚĆ****NETTO****[PLN]** | **VAT****%** | **WARTOŚĆ****VAT-U****[PLN]** | **WARTOŚĆ BRUTTO [PLN]** |
| **za okres 1 miesiąca** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  |  |  |  | **(4 x 5)** |  | **(6 x 7)** |  |  | **(8 + 10)** |
|  | Abonament dla łącza głównego PRA (2002 numery telefoniczne) | szt. | 1 |  |  | 36 miesięcy |  |  |  |  |
|  | Abonament dla łącza dodatkowego BRA(6 numerów telefonicznych) | szt. | 2 |  |  | 36 miesięcy |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |

*\*) poz. 1 i poz. 2 – cena za 1 abonament miesięczny (jeden okres rozliczeniowy)*

***TABELA II: POŁĄCZENIA***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA** | **J.M.** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTKOWA NETTO****[PLN]** | **WARTOŚĆ****NETTO****[PLN]** | **VAT****%** | **WARTOŚĆ****VAT-U****[PLN]** | **WARTOŚĆ BRUTTO [PLN]** |
|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
|  |  |  |  |  | **(4 x 5)** |  |  | **(6 + 8)** |
|  | Połączenia lokalne wychodzące dla wszystkich numerów stacjonarnych Zamawiającego | min | 1 |  |  |  |  |  |
|  | Połączenia międzystrefowe wychodzące dla wszystkich numerów stacjonarnych Zamawiającego | min | 1 |  |  |  |  |  |
|  | Połączenia wychodzące do krajowej sieci komórkowej dla wszystkich numerów stacjonarnych Zamawiającego | min | 1 |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(czytelny podpis lub podpis z pieczątką imienną osoby/osób*

*upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy)*