**Cenová ponuka**

Obchodné meno: ................................. *(doplniť)*

Sídlo: ................................................... *(doplniť)*

IČO: .................................................... *(doplniť)*

Predmet servisu: **Pozáručný servis a pravidelná údržba zdravotníckej techniky značky Siemens v počte 2ks. Predmetom servisnej činnosti sú nasledovné zariadenia: Angiografický digitálny prístroj s C ramenom, typ: ARTIS Q Ceilig (rok výroby 2015); Ultrazvukový prístroj, typ: Acuson Freestale (rok výroby 2015)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | Cena za jeden mesiac | | | Cena za 36 mesiacov | | | | |
| P.č. | Názov položky | | Predmet servisnej činnosti | | Výrobca | MJ | Počet | Cena v Eur bez DPH | Cena v EUR s DPH | | Cena celkom v EUR bez DPH | | Výška DPH v Eur | Sadzba DPH v % | Cena celkom v EUR s DPH |
| 1 | Pozáručný servis a pravidelná údržba zdravotníckej techniky značky Siemens | | Angiografický digitálny prístroj s C ramenom, typ: ARTIS Q Ceilig (rok výroby 2015) | |  | mes. | 36 |  |  | |  | |  |  |  |
| Ultrazvukový prístroj, typ: Acuson Freestale (rok výroby 2015) | |  | mes. | 36 |  |  | |  | |  |  |  |
| Spolu: | | | | | | | |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |

*Vyhlasujem, že cenová ponuka spĺňa požiadavky verejného obstarávateľa uvedené v oznámení o vyhlásení verejného obstarávania a obsahuje všetky náklady súvisiace s predmetom servisu.*

**Miesto servisu:** Fakultná nemocnica s poliklinikou F.D. Roosevelta Banská Bystrica, Nám. L. Svobodu 1, 975 17 Banská Bystrica;

**Predpokladané obdobie trvania zmluvného vzťahu:** 36 mesiacov od účinnosti zmluvy

V ............................................, dňa ............................

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

meno a priezvisko štatutárneho orgánu

podpis a pečiatka