**Załącznik nr 2** do zapytania ofertowego2/BYD/OLiWR1/5.4/kwalifikacja - formularz oferty w odpowiedzi na zapytanie ofertowe, **stanowisko: członek komisji kwalifikacyjnej**

|  |
| --- |
| **Dane oferenta** |
| Imię i nazwisko/ nazwa podmiotu |  |
| adres |  |
| Nr telefonu, e - mail |  | NIP |  |
| Osoba upoważniona do podpisania umowy |  |
| **Osoba do kontaktu** (jeżeli inna niż powyżej) |
| Imię i nazwisko |  |
| Nr telefonu, e - mail |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Terminy zajęć i lokalizacja, której dotyczy oferta (miasto i terminy zajęć zgodnie z informacją podaną w zapytaniu ofertowym) | **województwo** | **miasto** | **numer edycji** | **Terminy**(rozpoczęcie kursu – zakończenie kursu) |
| kujawsko-pomorskie | Bydgoszcz | edycja nr 1 | 12.09.2016r. - 27.09.2016r. |
| Toruń | edycja nr 2 | 15.09.2016r. - 30.09.2016r. |
| Włocławek | edycja nr 3 | 23.09.2016r. - 10.10.2016r. |
| Bydgoszcz | edycja nr 4 | 28.09.2016r. - 13.10.2016r. |
| Toruń | edycja nr 5 | 07.10.2016r. - 24.10.2016r. |
| Włocławek | edycja nr 6 | 11.10.2016r. – 26.10.2016r. |
| Bydgoszcz | edycja nr 7 | 17.10.2016r. - 03.11.2016r. |
| **UWAGA:** **Komisja kwalifikacyjna dla wszystkich kursów rozpocznie pracę nie później niż na 2 dni kalendarzowe przed datą rozpoczęcia kursu. Dokładny termin zostanie podany na etapie realizacji umowy.** |
| Imię i nazwisko Wykonawcy/ Oferenta lub osoby oddelegowanej w imieniu Oferenta do realizacji zamówienia | ……………………………………………………………………………………………………………………**UWAGA:** **Jeżeli Wykonawca/Oferent wskazuje kilka osób do realizacji zamówienia, należy złożyć oddzielny formularz oferty dla każdej osoby**  |
| Cena usługi (do dwóch miejsc po przecinku) | Cena brutto za przeprowadzenie jednego dnia kwalifikacji - w ramach kursu „Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz.1” dla pielęgniarek i położnych :…………………zł słownie: ............................................................................................................... Liczba dni: 14, razem (cena brutto za przeprowadzenie jednego dnia kwalifikacji \*14)……………………….…..zł słownie: ............................................................................................................... |
| liczba edycji kursów, podczas których sprawowana była funkcja członka komisji kwalifikacyjnej kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych |  0 - 1 edycji kursów 2 - 3 edycji kursów 4 – 5 edycji kursów powyżej 6 edycji kursów**stosowna informacja powinna znaleźć się w załączniku 3** |
| Załączniki | 1. CV Wykonawcy/Oferenta lub osoby oddelegowanej w imieniu Oferenta do realizacji zamówienia.
2. Liczba edycji kursów, podczas których sprawowana była funkcja członka komisji kwalifikacyjnej kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych
3. Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych.
4. Dokument stwierdzający status prawny Wykonawcy (odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej) – jeśli dotyczy.
5. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe Wykonawcy/Oferenta lub osoby oddelegowanej w imieniu Oferenta do realizacji zamówienia.
6. Pełnomocnictwo – jeśli dotyczy.
 |
| Oświadczenia | 1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego nr **2/BYD/OLiWR1/5.4/kwalifikacja** i akceptuję jego treść.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z załącznikiem nr 1 do zapytania ofertowego nr **2/BYD/OLiWR1/5.4/kwalifikacja**.
3. Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
4. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
5. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i zapoznany z treścią art. 233 par. 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że posiadam, kwalifikacje niezbędne do sprawowania funkcji członka komisji kwalifikacyjnej kursu/kursów, których dotyczy oferta, a dane zawarte w CV są zgodne z prawdą.
 |
| Data, podpis/ pieczęć |  |