



Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 1/BYD/WIBF/5.4/staż - formularz oferty w odpowiedzi na zapytanie ofertowe, **realizacja zajęć stażowych.**

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, numer edycji i terminy zajęć zgodnie z informacją podaną w zapytaniu ofertowym)	miasto	numer edycji	terminy (od...do...)
	Uwaga: w przypadku składania oferty na kilka edycji, dla każdej edycji należy złożyć osobny formularz oferty		
Miejsca realizacji zajęć stażowych, których dotyczy oferta (proszę podkreślić właściwe miejsce/miejsca)	Miejsce realizacji stażu	Liczba dni	
	1. Oddział internistyczny	8 dni (4 grupy*2 dni)	
	2. Oddział neurologiczny	4 dni (4 grupy*1dzień)	
	3. Oddział intensywnej opieki medycznej	4 dni (4 grupy*1dzień)	
	4. Oddział chirurgiczny	4 dni (4 grupy*1dzień)	
Nazwa i adres placówki, w której będą realizowane zajęcia stażowe	1. Oddział internistyczny		
	2. Oddział neurologiczny		
	3. Oddział intensywnej opieki medycznej		
	4. Oddział chirurgiczny		
Imię i nazwisko Wykonawcy/ Oferenta lub osoby oddelegowanej w imieniu Oferenta do realizacji zajęć	1. Oddział internistyczny		
	2. Oddział neurologiczny		
	3. Oddział intensywnej opieki medycznej		



	4. Oddział chirurgiczny	
Cena usługi (do dwóch miejsc po przecinku)	<p>Cena brutto za 1 dzień realizacji zajęć stażowych dla kursu „Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych ”</p> <p>.....zł słownie:</p> <p>..... Liczba dni:, razem (cena brutto za 1 dzień realizacji stażu *liczba dni).....zł słownie:</p> <p>.....</p>	
Doświadczenie w pełnieniu funkcji opiekuna stażu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych	<p><input type="checkbox"/> 0 - 50 dni <input type="checkbox"/> 101 – 150 dni</p> <p><input type="checkbox"/> 51 - 100 dni <input type="checkbox"/> powyżej 150 dni</p> <p>stosowna informacja powinna znaleźć się w załączniku 3</p>	
Załączniki	<ol style="list-style-type: none"> CV Oferenta lub osób oddelegowanych w imieniu Oferenta do realizacji zajęć. Liczba dni, podczas których sprawowana była funkcja opiekuna zajęć stażowych kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (załącznik nr 3). Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych (załącznik nr 4). Dokument stwierdzający status prawny Wykonawcy (odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej) – jeśli dotyczy. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób oddelegowanych w imieniu Oferenta do realizacji zajęć. Pełnomocnictwo – jeśli dotyczy. Kopia umowy z placówką ochrony zdrowia na realizację zajęć stażowych w lokalizacjach i na oddziałach wskazanych w ofercie – jeśli dotyczy. 	
Oświadczenia	<ol style="list-style-type: none"> Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego nr 1/BYD/WiBF/5.4/staż i akceptuję jego treść. Oświadczam, że zapoznałem się z załącznikiem nr 1 do zapytania ofertowego nr nr 1/BYD/WiBF/5.4/staż. Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonania zamówienia. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i zapoznany z treścią art. 233 par. 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że oświadczam, że posiadam/dysponuję osobami posiadającymi kwalifikacje niezbędne do sprawowania funkcji opiekuna zajęć stażowych kursu/kursów, których dotyczy oferta, a dane zawarte w CV są zgodne z prawdą. 	
Data, podpis/ pieczęć		