**Załącznik nr 2** do zapytania ofertowego5/BYD/OLiWR2/5.4/egzamin - formularz oferty w odpowiedzi na zapytanie ofertowe, **stanowisko: członek komisji egzaminacyjnej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 | 01.10.2016r. - 18.11.2016r. | | Toruń | edycja nr 2 | 13.01.2017r. – 17.02.2017r. | | Włocławek | edycja nr 3 | 20.01.2017r. - 24.02.2017r. | |
| **UWAGA:**  **Komisja egzaminacyjna dla wszystkich kursów przeprowadzi egzamin w ostatni dzień kursu.** |
| 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 egzaminu - w ramach kursu „Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. 2” dla pielęgniarek i położnych  …………………zł słownie: ...............................................................................................................  Liczba dni: 3, razem (cena brutto za przeprowadzenie jednego dnia egzaminu \*3)……………………….…..zł słownie: ............................................................................................................... |
| liczba edycji kursów, podczas których sprawowana była funkcja członka komisji egzaminacyjnej 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 egzaminacyjnej kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (załącznik nr 3). 3. Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych (załącznik Nr4). 4. Dokument stwierdzający status prawny Wykonawcy/Oferenta (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 5**/BYD/OLiWR2/5.4/egzamin** i akceptuję jego treść. 2. Oświadczam, że zapoznałem się z załącznikiem nr 1 do zapytania ofertowego nr 5**/BYD/OLiWR2/5.4/egzamin**. 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 wykonania 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/dysponuję osobami posiadającymi kwalifikacje niezbędne do sprawowania funkcji członka komisji egzaminacyjnej kursu/kursów, których dotyczy oferta, a dane zawarte w CV są zgodne z prawdą. |
| Data, podpis/ pieczęć |  |