



Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 4/BYD/OLIWR2/5.4/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	
	Gabinet lekarza rodzinnego	16 dni (8 grup* 2 dni)	
Nazwa i adres placówki, w której będą realizowane zajęcia stażowe	Gabinet lekarza rodzinnego		
Imię i nazwisko Wykonawcy/ Oferenta lub osoby oddelegowanej w imieniu Oferenta do realizacji zajęć	Gabinet lekarza rodzinnego		
Cena usługi (do dwóch miejsc po przecinku)	Cena brutto za 1 dzień realizacji zajęć stażowych dla kursu „Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. 2” dla pielęgniarek i położnychzł słownie: Liczba dni:, razem (cena brutto za 1 dzień realizacji stażu *liczba dni).....zł słownie:		
Doświadczenie w pełnieniu funkcji opiekuna stażu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych	<input type="checkbox"/> 0 - 50 dni <input type="checkbox"/> 101 – 150 dni <input type="checkbox"/> 51 - 100 dni <input type="checkbox"/> powyżej 150 dni stosowna informacja powinna znaleźć się w załączniku 3		
Załączniki	1. CV Oferenta lub osób oddelegowanych w imieniu Oferenta do realizacji zajęć. 2. Liczba dni, podczas których sprawowana była funkcja opiekuna zajęć		



	<p>stażowych kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (załącznik nr 3).</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych (załącznik nr 4). 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 osób oddelegowanych w imieniu Oferenta do realizacji zajęć. 6. Pełnomocnictwo – jeśli dotyczy. 7. 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"> 1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego nr 4/BYD/OLiWR2/5.4/staż i akceptuję jego treść. 2. Oświadczam, że zapoznałem się z załącznikiem nr 1a do zapytania ofertowego nr 4/BYD/OLiWR2/5.4/staż. 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 opiekuna zajęć stażowych kursu/kursów, których dotyczy oferta, a dane zawarte w CV są zgodne z prawdą.
Data, podpis/ pieczęć	