**Załącznik nr 2** do zapytania ofertowego12/BYD/SP/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) | **miasto** | **numer edycji** | **Terminy**  (rozpoczęcie kursu – zakończenie kursu) |
| Bydgoszcz | edycja nr 1 | 24.03.2017r. - 30.04.2017r. |
| Toruń | edycja nr 2 | 31.03.2017r. - 15.05.2017r. |
| **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 specjalistycznego „Wykonanie badania spirometrycznego”** dla pielęgniarek:  …………………zł słownie: ...............................................................................................................  Liczba dni: 2, razem (cena brutto za przeprowadzenie jednego dnia kwalifikacji \*2)……………………….…..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 (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 **12/BYD/SP/5.4/kwalifikacja** i akceptuję jego treść. 2. Oświadczam, że zapoznałem się z załącznikiem nr 1 do zapytania ofertowego nr **12/BYD/SP/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/dysponuję osobami posiadającymi 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 |  | | |