



**Załącznik nr 2** do zapytania ofertowego nr 13/BYD/OPCD/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...)
	<b>Uwaga: w przypadku składania oferty na kilka edycji, dla każdej edycji należy złożyć osobny formularz oferty</b>		
Miejsca realizacji zajęć stażowych, których dotyczy oferta (proszę podkreślić właściwe miejsce/miejsca)	Miejsce realizacji stażu	Liczba dni	
	1a. Oddział chemioterapii albo oddział onkologii stacjonarnej - <b>dla pielęgniarek</b>	8 grup*4 osoby 16 dni (8 grup*2dni*8 godzin) 8 dni (8 grup*1 dzień*9 godzin)	
	2a. Oddział chemioterapii dziennej (ambulatorium) - <b>dla pielęgniarek</b>	8 grup*4 osoby 16 dni (8 grup*2 dni *5 godzin)	
	1b. Oddział chemioterapii stacjonarnej - <b>dla położnych</b>	8 grup*4 osoby 16 dni (8 grup*2 dni *5 godzin)	
	2b. Oddział ginekologii onkologicznej - <b>dla położnych</b>	8 grup*4 osoby 16 dni (8 grup*2 dni* 7 godz. 30 min)	
Nazwa i adres placówki, w której będą realizowane zajęcia stażowe	3b. Oddział chemioterapii dziennej (ambulatorium)- <b>dla położnych</b>	(8 grup*4 osoby) 8 dni (8 grup*1 dzień * 10 godzin)	
	1a. Oddział chemioterapii albo oddział onkologii stacjonarnej - <b>dla pielęgniarek</b>		
	2a. Oddział chemioterapii dziennej (ambulatorium) - <b>dla pielęgniarek</b>		
	1b. Oddział chemioterapii stacjonarnej - <b>dla położnych</b>		



	2b. Oddział ginekologii onkologicznej - <b>dla położnych</b>	
	3b. Oddział chemioterapii dziennej (ambulatorium)- <b>dla położnych</b>	
Informacje o osobach oddelegowanych przez Wykonawcę/Oferenta do realizacji zajęć	<b>Imię i nazwisko osoby oddelegowanej w imieniu Oferenta do realizacji zajęć</b>	<b>Doświadczenie w pełnieniu funkcji opiekuna stażu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (stosowna informacja powinna znaleźć się w załączniku 3)</b>
1a. Oddział chemioterapii albo oddział onkologii stacjonarnej - <b>dla pielęgniarek</b>		<input type="checkbox"/> 0 - 50 dni <input type="checkbox"/> 101 – 150 dni <input type="checkbox"/> 51 - 100 dni <input type="checkbox"/> powyżej 150 dni
2a. Oddział chemioterapii dziennej (ambulatorium) - <b>dla pielęgniarek</b>		<input type="checkbox"/> 0 - 50 dni <input type="checkbox"/> 101 – 150 dni <input type="checkbox"/> 51 - 100 dni <input type="checkbox"/> powyżej 150 dni
1b. Oddział chemioterapii stacjonarnej - <b>dla położnych</b>		<input type="checkbox"/> 0 - 50 dni <input type="checkbox"/> 101 – 150 dni <input type="checkbox"/> 51 - 100 dni <input type="checkbox"/> powyżej 150 dni
2b. Oddział ginekologii onkologicznej - <b>dla położnych</b>		<input type="checkbox"/> 0 - 50 dni <input type="checkbox"/> 101 – 150 dni <input type="checkbox"/> 51 - 100 dni <input type="checkbox"/> powyżej 150 dni
3b. Oddział chemioterapii dziennej (ambulatorium)- <b>dla położnych</b>		<input type="checkbox"/> 0 - 50 dni <input type="checkbox"/> 101 – 150 dni <input type="checkbox"/> 51 - 100 dni <input type="checkbox"/> powyżej 150 dni
Cena usługi (do dwóch miejsc po przecinku)	Cena brutto za 1 dzień realizacji zajęć stażowych dla kursu specjalistycznego „Opieka pielęgniarska nad chorym dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów” dla pielęgniarek i położnych .....zł słownie: ..... Liczba dni: ....., razem (cena brutto za 1 dzień realizacji stażu *liczba dni).....zł słownie: .....	
Załączniki	1. CV Oferenta lub osób oddelegowanych w imieniu Oferenta do realizacji zajęć. 2. Liczba dni, podczas których sprawowana była funkcja opiekuna zajęć stażowych kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (załącznik nr 3). 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	1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego nr <b>13/BYD/OPCD/5.4/staż</b> i akceptuję jego treść. 2. Oświadczam, że zapoznałem się z załącznikiem nr 1a do zapytania ofertowego nr <b>13/BYD/OPCD/5.4/staż</b> . 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.	



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój



Okręgowa Izba  
Pielęgniarek i Położnych  
w Słupsku

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



	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	