



Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego 17/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) |
| | Toruń | edycja nr 3 | 05.09.2017r. - 25.10.2017r. |
| | 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: 1, razem (cena brutto za przeprowadzenie jednego dnia kwalifikacji *1).....zł słownie: | | |
| liczba edycji kursów, podczas których sprawowana była funkcja członka komisji kwalifikacyjnej kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych | <input type="checkbox"/> 0 - 1 edycji kursów <input type="checkbox"/> 2 - 3 edycji kursów <input type="checkbox"/> 4 – 5 edycji kursów <input type="checkbox"/> 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 | | |



| | |
|-----------------------|---|
| | <p>Nr4).</p> <ol style="list-style-type: none">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 | <ol style="list-style-type: none">1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego nr 17/BYD/SP/5.4/kwalifikacja i akceptuję jego treść.2. Oświadczam, że zapoznałem się z załącznikiem nr 1 do zapytania ofertowego nr 17/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. Upředzony 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 | |