**OFERTA**

1. Ja, niżej podpisani: …...……………………………………………………… ………………………………………………..………………………………………………………………………………………..………………………………………………………

*Nazwa Wykonawcy, Adres siedziby Wykonawcy, województwo*

tel. …..………….…, fak…..………………,email …………….……

w odpowiedzi na Zapytanie o cenę w postępowaniu na **Przeprowadzenie cyklu szkoleń dla personelu MCSM oraz pracowników dydaktycznych w zakresie prowadzenia zajęć w MCSM w  ramach realizacji projektu pt.** **„Nowa jakość kształcenia praktycznego na kierunku Pielęgniarstwo””**, składam/y niniejszą ofertę.

1. Oferujemy wykonanie zamówienia, w pełnym rzeczowym i ilościowym zakresie, za łączną cenę:

**Zadanie nr I**

**netto - .....................** (słownie:...............................................................................................)

stawka podatku VAT zw.

**brutto - ...................** (słownie: ........................................................................................),w tym:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa szkolenia** | **Cena jednostkowa netto w PLN****za 1 osobą** | **Liczba osób** | **Cena oferty netto** **w PLN** | **Stawka VAT** | **Cena oferty brutto** **w PLN** |
| 1 | 2 | (kol. 1 x 2) | 3 | 4 |
| **Przeprowadzenie szkolenia z zakresu technik symulacji medycznych** |  | 2 |  | zw. |  |
| **Przeprowadzenie szkolenia dla kierownika centrum symulacji medycznych** |  | 1 |  | zw. |  |
| **Przeprowadzenie szkolenia z zakresu technik informatycznych w symulacjach medycznych** |  | 2 |  | zw. |  |

**Zadanie nr II**

**netto - .....................** (słownie:...............................................................................................)

stawka podatku VAT zw.

**brutto - ...................** (słownie: ........................................................................................),

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa szkolenia** | **Cena jednostkowa netto w PLN****za 1 osobą** | **Liczba osób** | **Cena oferty netto** **w PLN** | **Stawka VAT** | **Cena oferty brutto** **w PLN** |
| 1 | 2 | (kol. 1 x 2) | 3 | 4 |
| **Przeprowadzenie szkolenia praktycznego dla kadry Uczelni** |  | 10 |  | zw. |  |
| **Przeprowadzenie szkolenia praktycznego instruktora symulacji niskiej wierności w pielęgniarstwie** |  | 10 |  | zw. |  |
| **Przeprowadzenie szkolenia praktycznego instruktora przedmiotów specjalistycznych w pielęgniarstwie** |  | 10 |  | zw. |  |
| **Przeprowadzenie szkolenia praktycznego instruktora symulacji wysokiej wierności w pielęgniarstwie** |  | 10 |  | zw. |  |
| **Przeprowadzenie szkolenia praktycznego egzaminatora OSCE w pielęgniarstwie** |  | 10 |  | zw. |  |

1. **Nazwa i adres Centrum Symulacji Medycznych,** w którym odbędzie się szkolenie praktyczne dla kadry Uczelni………………………………………………………………………………………………………………………………, informacja o podstawie dysponowania Centrum………………………………………………………………………….
2. **Informacje** w zakresie kryterium oceny ofert **„Doświadczenie prowadzących szkolenia (D)”:**

**W zakresie Zadania nr I:**

**Oświadczam, iż skierowana do realizacji zamówienia :**

1 osoba …………………………………………………….*(wskazać imię i nazwisko),* przeprowadziła następującą ilość szkoleń *(zgodnych z przedmiotem zamówienia).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba szkoleń punktowana** | **Liczba szkoleń osoby**  | **Liczba punktów** |
| 2 szkolenia |  | **0 pkt** |
| 4-6 szkoleń |  | **20 pkt** |
| 7 i więcej szkoleń |  | **40 pkt** |

**W zakresie Zadania nr II:**

**Oświadczam, iż skierowana do realizacji zamówienia :**

1 osoba …………………………………………………….*(wskazać imię i nazwisko),* przeprowadziła następującą ilość szkoleń *(zgodnych z przedmiotem zamówienia).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba szkoleń punktowana** | **Liczba szkoleń osoby**  | **Liczba punktów** |
| 2 szkolenia |  | **0 pkt** |
| 4-6 szkoleń |  | **10 pkt** |
| 7 i więcej szkoleń |  | **20 pkt** |

**Oświadczam, iż skierowana do realizacji zamówienia :**

2 osoba …………………………………………………….*(wskazać imię i nazwisko),* przeprowadziła następującą ilość szkoleń *(zgodnych z przedmiotem zamówienia).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba szkoleń punktowana** | **Liczba szkoleń osoby**  | **Liczba punktów** |
| 2 szkolenia |  | **0 pkt** |
| 4-6 szkoleń |  | **10 pkt** |
| 7 i więcej szkoleń |  | **20 pkt** |

1. **Oświadczamy**, iż zobowiązujemy się zrealizować przedmiot niniejszego postępowania w terminie do 31 maja 2021 r. według szczegółowego harmonogramu ustalonego z wybranym Wykonawcą.
2. **Oświadczamy**, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od daty jej otwarcia.
3. **Oświadczamy**, że informacje i dokumenty zawarte na stronach nr od … do …. stanowią **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, co wykazaliśmy w załączniku nr …. do Oferty i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępniane.
4. **Termin płatności** faktury/rachunku za realizację przedmiotu zamówienia określamy na …. dni od daty wpływu prawidłowej faktury/rachunku do Zamawiającego.
5. **Oświadczamy,** że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w  celu wykazania spełniania warunków udziału w pozstępowaniu.
6. **Oświadczamy**, że Wykonawca: **nie jest\*/ jest\*:** małym lub średnim przedsiębiorcą.

…………………………. …………….…..……………………………

(miejscowość i data) (podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy,

pieczęć firmowa)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego, na dowód czego przedstawiam informacje zawarte w Załączniku nr 4 i 5.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 ……………………..……………………………

 *(podpis)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**o braku powiązań osobowych i kapitałowych z Zamawiającym**

Nazwa Firmy / imię i nazwisko Wykonawcy, adres ..................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

Ja niżej podpisany oświadczam, że nie jestem\*/jestem\* powiązany osobowo lub kapitałowo z  Zamawiającym. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i  przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu współce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

………………., dnia ….. …...... 20… roku ………………………….………

 *(podpis(y) osób uprawnionych*

*do reprezentacji Wykonawcy*