Załącznik nr 3 do SWZ

**Zamawiający**

**Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w  Chełmie, ul. Pocztowa 54, 22-100 Chełm**

**FORMULARZ OFERTY**

Ja/my\* niżej podpisani:

…………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

działając w imieniu i na rzecz:

............................................................................................................................................................ ...........................................................................................................................................................

*(pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

Adres: …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Kraj ……………………………………

REGON …….………………………………..

NIP: ………………………………….

TEL. …………………….………………………

Adres skrzynki ePUAP ……………………………………………

adres e-mail:……………………………………

(na które Zamawiający ma przesyłać korespondencję)

Wykonawca jest mikro, małym, średnim przedsiębiorcą - **TAK/NIE\***

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego na **Przeprowadzenie praktyk zawodowych z przedmiotu Anestezjologia i pielęgniarstwo w zagrożeniu życia internistyczne dla studentów kierunku Pielęgniarstwo w roku akademickim 2020/2021 semestr letni 2020/2021 semestr letni:**

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w  Specyfikacji Warunków Zamówienia, na następujących warunkach:

**Cenę oferty**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr części** | **Nazwa usługi** | **Ilość godzin dla 1 grupy** | **Razem liczba godzin praktyk** | **Cena za 1  godz. w zł**  **brutto** | **Wartość w zł brutto**(4x5) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
| **1** | Przeprowadzenie praktyk z przedmiotu Anestezjologia i pielęgniarstwo w  zagrożeniu życia internistyczne – 40 godzin dla 1 grupy | 40 |  |  |  |
| **2** | Przeprowadzenie praktyk z przedmiotu Anestezjologia i pielęgniarstwo w  zagrożeniu życia internistyczne – 40 godzin dla 1 grupy | 40 |  |  |  |
| **3** | Przeprowadzenie praktyk z przedmiotu Anestezjologia i pielęgniarstwo w  zagrożeniu życia internistyczne – 40 godzin dla 1 grupy | 40 |  |  |  |
| **4** | Przeprowadzenie praktyk z przedmiotu Anestezjologia i pielęgniarstwo w  zagrożeniu życia internistyczne – 40 godzin dla 1 grupy | 40 |  |  |  |
| **5** | Przeprowadzenie praktyk z przedmiotu Anestezjologia i pielęgniarstwo w  zagrożeniu życia internistyczne – 40 godzin dla 1 grupy | 40 |  |  |  |
| **6** | Przeprowadzenie praktyk z przedmiotu Anestezjologia i pielęgniarstwo w  zagrożeniu życia internistyczne – 40 godzin dla 1 grupy | 40 |  |  |  |
| **7** | Przeprowadzenie praktyk z przedmiotu Anestezjologia i pielęgniarstwo w  zagrożeniu życia internistyczne – 40 godzin dla 1 grupy | 40 |  |  |  |

**Komórka organizacyjna, w której realizowane będą praktyki zawodowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr Części** | **Komórka organizacyjna określona przez Zamawiającego** | **Miejsce realizacji praktyk[[1]](#footnote-1)** |
| **1** | Szpital 1,2 – oddział intensywnej terapii ,oddział anestezjologii i intensywnej terapii\*,szpitalny oddział ratunkowy, sala intensywnej terapii w oddziale szpitalnym |  |
| **2** | Szpital 1,2 – oddział intensywnej terapii ,oddział anestezjologii i intensywnej terapii\*,szpitalny oddział ratunkowy, sala intensywnej terapii w oddziale szpitalnym |  |
| **3** | Szpital 1,2 – oddział intensywnej terapii ,oddział anestezjologii i intensywnej terapii\*,szpitalny oddział ratunkowy, sala intensywnej terapii w oddziale szpitalnym |  |
| **4** | Szpital 1,2 – oddział intensywnej terapii ,oddział anestezjologii i intensywnej terapii\*,szpitalny oddział ratunkowy, sala intensywnej terapii w oddziale szpitalnym |  |
| **5** | Szpital 1,2 – oddział intensywnej terapii ,oddział anestezjologii i intensywnej terapii\*,szpitalny oddział ratunkowy, sala intensywnej terapii w oddziale szpitalnym |  |
| **6** | Szpital 1,2 – oddział intensywnej terapii ,oddział anestezjologii i intensywnej terapii\*,szpitalny oddział ratunkowy, sala intensywnej terapii w oddziale szpitalnym |  |
| **7** | Szpital 1,2 – oddział intensywnej terapii ,oddział anestezjologii i intensywnej terapii\*,szpitalny oddział ratunkowy, sala intensywnej terapii w oddziale szpitalnym |  |

**Oświadczam, że** podmiot, w którym realizowane będą praktyki zawodowe spełnia następujące kryteria[[2]](#footnote-2):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| podmiot prowadzący działalność leczniczą posiadający podpisany kontrakt z NFZ na realizację świadczeń medycznych[[3]](#footnote-3) | TAK | NIE |
| podmiot prowadzący działalność na terenie województwa lubelskiego | TAK | NIE |
| podmiot prowadzący działalność leczniczą dysponujący odpowiednią bazą do przeprowadzenia praktyk zawodowych | TAK | NIE |
| podmiot prowadzący działalność leczniczą zatrudniający personel medyczny o wysokich kwalifikacjach zawodowych niezbędnych do prowadzenia zajęć na kierunku Pielęgniarstwo | TAK | NIE |

1. **OŚWIADCZAMY,** że zrealizujemy w terminie określonym przez Zamawiającego w SWZ.
2. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte.
3. **OŚWIADCZAMY,** że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
4. **OŚWIADCZAMY,** że jesteśmy związani niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia 09 kwietnia 2021 r.
5. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy, określonymi w Załączniku nr 1 do Specyfikacji Warunków Zamówienia i **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ,** w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach w nich określonych.
6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*
7. SKŁADAMY ofertę na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ stronach.
8. Wraz z ofertą SKŁADAMY następujące oświadczenia i dokumenty:

1.…….

2.…….

3.…….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_ \_\_\_ 2021 r.

…………………………………………

(podpis)

*Informacja dla Wykonawcy:*

*Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanych lub podpisem osobistym i przekazany*

*Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy*

*przez osobę podpisującą ofertę.*

*\* niepotrzebne skreślić*

*\*\* w przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego*

*dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13*

*ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia*

*następuje np. przez jego wykreślenie).*

Załącznik nr 4 do SWZ

**Zamawiający**

**Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w  Chełmie, ul. Pocztowa 54, 22-100 Chełm**

Wykonawca:

…………………………………….…………………………………….…………………………………….…………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………….…………………………………….…………………………………….

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: Pzp)**

**DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Przeprowadzenie praktyk zawodowych z przedmiotu Anestezjologia i pielęgniarstwo w zagrożeniu życia internistyczne dla studentów kierunku Pielęgniarstwo w roku akademickim 2020/2021 semestr letni 2020/2021 semestr letni**, prowadzonego przez Państwową Wyższą Szkołę Zawodową w Chełmie, ul. Pocztowa 54, 22-100 Chełm, oświadczam, że:

1. nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp;
2. spełniam warunki udziału w postępowaniu dotyczące zdolności technicznej lub zawodowej, określone na podstawie art. 112 ust 1 pkt 4 ustawy Pzp, określone w Rozdziale VIII ust. 1 pkt 2 SWZ.

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

…………………………………………

(podpis)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w  art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 lub 6 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

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

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

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

…………………………………………

(podpis)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z  prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

…………………………………………

(podpis)

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych**

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z  dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z  04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

* administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w  Chełmie, ul. Pocztowa 54, 22-100 Chełm*;*
* w sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, kontakt pisemny za pomocą poczty tradycyjnej na adres Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Chełmie, ul. Pocztowa 54, 22-100 Chełm, pocztą elektroniczną na adres e-mail: iod@pwszchelm.edu.pl, tel. 665 170 003 lub pod adresem Inspektor Ochrony Danych ul.  Pocztowa 54, 22-100 Chełm;
* Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu prowadzenia przedmiotowego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego oraz zawarcia umowy, a podstawą prawną ich przetwarzania jest obowiązek prawny stosowania sformalizowanych procedur udzielania zamówień publicznych spoczywający na Zamawiającym;
* odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 18 oraz art. 74 ustawy Pzp;
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 78 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
* obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
* w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
* Posiada Pan/Pani:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania lub uzupełnienia Pani/Pana danych osobowych, przy czym skorzystanie z prawa do sprostowania lub uzupełnienia nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO, przy czym prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego, a także nie ogranicza przetwarzania danych osobowych do czasu zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
* nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

1. Jednocześnie Zamawiający przypomina o ciążącym na Pani/Panu obowiązku informacyjnym wynikającym z art. 14 RODO względem osób fizycznych, których dane przekazane zostaną Zamawiającemu w związku z prowadzonym postępowaniem i które Zamawiający pośrednio pozyska od wykonawcy biorącego udział w postępowaniu, chyba że ma zastosowanie co najmniej jedno z włączeń, o których mowa w art. 14 ust. 5 RODO.

1. Proszę wskazać miejsce realizacji (nazwę podmiotu, oddziału) praktyk zawodowych. [↑](#footnote-ref-1)
2. Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź. [↑](#footnote-ref-2)
3. dotyczy tylko podmiotów leczniczych (szpitali, przychodni) [↑](#footnote-ref-3)