**OFERTA – wzór**

1. Ja, niżej podpisany, (działając w imieniu i na rzecz):

Imię i nazwisko (nazwa Firmy) ......................................................................................................................................................................................

Adres ..............................................................................................................................................................................................................................Nr telefonu/faks .............................................................................................................................................................................................................e-mail .............................................................................................................................................................................................................................

nr NIP *(jeśli dotyczy)* ......................................................................................................................................................................................................nr REGON *(jeśli dotyczy)* .................................................................…. Urząd Skarbowy w ............................................................................................

1. W odpowiedzi na *Ogłoszenie o zamówieniu* na.: „*Usługi edukacyjne w związku z realizacją praktyk zawodowych dla studentów kierunku Pielęgniarstwo PWSZ w Chełmie w semestrze letnim roku akademickiego 2018/2019*”, składam ofertę[[1]](#footnote-1) na wskazany poniżej zakres usługi:
2. **Cena oferty:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi** | **Termin** | **Ilość grup** | **Ilość godzin w grupie** | **Liczba grup dla których Wykonawca oferuje organizację praktyk zawodowych** | **Razem liczba godzin**  (4x5) | **Cena za 1 godz. w zł** | **Wartość w zł** (7x8) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* |
| **Część 1** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Anestezjologia i pielęgniarstwo w stanach zagrożenia życia* | 01.04.2019  -  04.04.2019 | 4 | 40 |  |  |  |  |
| **Część 2** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Anestezjologia i pielęgniarstwo w stanach zagrożenia życia* | 11.04.2019  -  16.04.2019 | 2 | 40 |  |  |  |  |
| **Część 3** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Anestezjologia i pielęgniarstwo w stanach zagrożenia życia* | 04.03.2019  -  07.03.2019 | 2 | 40 |  |  |  |  |
| **Część 4** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Anestezjologia i pielęgniarstwo w stanach zagrożenia życia* | 25.04.2019  -  30.04.2019 | 2 | 40 |  |  |  |  |
| **Część 5** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Anestezjologia i pielęgniarstwo w stanach zagrożenia życia* | 14.03.2019  -  19.03.2019 | 2 | 40 |  |  |  |  |
| **Część 6** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Anestezjologia i pielęgniarstwo w stanach zagrożenia życia* | 06.05.2019  -  09.05.2019 | 2 | 40 |  |  |  |  |
| **Część 7** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Choroby wewnętrzne i pielęgniarstwo internistyczne* | 05.04.2019  -  08.05.2019 | 2 | 160 |  |  |  |  |
| **Część 8** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Choroby wewnętrzne i pielęgniarstwo internistyczne* | 03.04.2019  -  06.05.2019 | 4 | 160 |  |  |  |  |
| **Część 9** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Opieka Paliatywna* | 11.04.2019  -  16.04. 2019 | 2 | 40 |  |  |  |  |
| **Część 10** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Opieka Paliatywna* | 01.04.2019  - 04.04.2019 | 2 | 40 |  |  |  |  |
| **Część 11** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Opieka Paliatywna* | 06.05.2019  -  09.05.2019 | 2 | 40 |  |  |  |  |
| **Część 12** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Opieka Paliatywna* | 04.03.2019  -  07.03.2019 | 2 | 40 |  |  |  |  |
| **Część 13** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Opieka Paliatywna* | 16.05.2019  - 21.05.2019 | 2 | 40 |  |  |  |  |
| **Część 14** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Opieka Paliatywna* | 14.03.2019  -  19.03.2019 | 2 | 40 |  |  |  |  |
| **Część 15** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Rehabilitacja i pielęgnowanie niepełnosprawnych* | 22.05.2019  -  31.05.2019 | 2 | 80 |  |  |  |  |
| **Część 16** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Rehabilitacja i pielęgnowanie niepełnosprawnych* | 07.05.2019  -  16.05.2019 | 2 | 80 |  |  |  |  |
| **Część 17** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Rehabilitacja i pielęgnowanie niepełnosprawnych* | 29.05.2019  -  07.06.2019 | 2 | 80 |  |  |  |  |
| **Część 18** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo ginekologiczno – położnicze* | 08.03.2019  -  13.03.2019 | 2 | 40 |  |  |  |  |
| **Część 19** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo ginekologiczno – położnicze* | 20.03.2019  -  25.03.2019 | 2 | 40 |  |  |  |  |
| **Część 20** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo ginekologiczno – położnicze* | 01.04.2019  -  04.04.2019 | 2 | 40 |  |  |  |  |
| **Część 21** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo ginekologiczno – położnicze* | 05.04.2019  -  10.04.2019 | 2 | 40 |  |  |  |  |
| **Część 22** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne* | 14.03.2019  -  25.03.2019 | 3 | 80 |  |  |  |  |
| **Część 23** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne | 26.03.2019  -  04.04.2019 | 1 | 80 |  |  |  |  |
| **Część 40** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne | 26.02.2019  -  07.03.2019 | 4 | 80 |  |  |  |  |
|  | **Razem:** | | | | | | |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr części[[2]](#footnote-2)** | **Nazwa usługi** | **Komórka organizacyjna określona przez Zamawiającego** | **Miejsce realizacji praktyk[[3]](#footnote-3)** |
| **Część …..........** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Anestezjologia i pielęgniarstwo w stanach zagrożenia życia* | Szpital– oddział intensywnej terapii, oddział anestezjologii i intensywnej terapii***,*** szpitalny oddział ratunkowy, sala intensywnej terapii w oddziale szpitalnym |  |
| **Część ………….** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Choroby wewnętrzne i pielęgniarstwo internistyczne* | Szpital – oddział chorób wewnętrznych, oddział pulmonologiczny, diabetologiczny, kardiologiczny, nefrologiczny, reumatologiczny |  |
| **Część …………** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Opieka Paliatywna* | Szpital – oddział opieki paliatywnej, hospicjum, domowa opieka hospicyjna |  |
| **Część …………** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Rehabilitacja i pielęgnowanie niepełnosprawnych* | Szpital – oddział rehabilitacyjny, oddział ortopedyczno – urazowy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy |  |
| **Część ………..** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu *Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo ginekologiczno – położnicze* | Szpital – oddział ginekologiczny, oddział położniczy, oddział ginekologiczno - położniczy |  |
| **Część ………..** | *organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne* | Szpital – oddział neurologiczny, oddział udarowy |  |

1. Oświadczam, że podmiot, w którym realizowane będą praktyki zawodowe spełnia następujące kryteria[[4]](#footnote-4):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| podmiot prowadzący działalność leczniczą posiadający podpisany kontrakt z NFZ na realizację świadczeń medycznych | TAK | NIE |
| podmiot prowadzący działalność leczniczą działający w odległość do 100 km od siedziby Uczelni[[5]](#footnote-5) | TAK  ……….. km | 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. Oferuję przeprowadzenie usługi wg wymagań zwartych w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia oraz na warunkach określonych w  *Ogłoszeniu.*
2. Oświadczam, że:
3. spełniam warunki udziału w postepowaniu w zakresie doświadczenia oraz kwalifikacji określonych w Ogłoszeniu, na dowód czego dołączam do oferty Wykaz osób przewidzianych do realizacji usługi;
4. nie podlegam wykluczeniu z postępowania;
5. zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń;
6. jestem związany ofertą: 30 dni od otwarcia ofert;
7. uzyskałem wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i wykonania umowy;
8. wszystkie oświadczenia i informacje zamieszczone w niniejszej ofercie są kompletne, prawdziwe i rzetelne;
9. akceptuję projekt umowy i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach w niej określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;

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

miejscowość, data, podpis Wykonawcy/ców lub

osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

1. Tabelę należy wypełnić w zakresie części, na które składana jest oferta. [↑](#footnote-ref-1)
2. Proszę uzupełnić numer/y części dla której składana jest oferta. [↑](#footnote-ref-2)
3. Proszę wskazać miejsce realizacji (nazwę podmiotu, oddziału) praktyk zawodowych. [↑](#footnote-ref-3)
4. Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź. [↑](#footnote-ref-4)
5. Jeśli TAK, proszę wpisać odległość w km – nie dotyczy lokalizacji na terenie m. Chełm [↑](#footnote-ref-5)