**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 – II edycja*”, 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 *Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne* | 26.02.2019  -  07.03.2019 | 2 | 80 |  |  |  |  |
| **Część 2** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne | 14.03.2019  -  25.03.2019 | 2 | 80 |  |  |  |  |
| **Część 3** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne | 26.03.2019  -  04.04.2019 | 2 | 80 |  |  |  |  |
| **Część 4** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne | 05.04.2019  –  16.04.2019 | 2 | 80 |  |  |  |  |
| **Część 5** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne | 17.04.2019  –  08.05.2019 | 2 | 80 |  |  |  |  |
| **Część 6** | organizacja praktyk zawodowych z przedmiotu Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne | 10.05.2019  –  21.05.2019 | 2 | 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 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)