*Załącznik nr 1*

*do zapytania ofertowego nr 11/Integration/2023/DFZ*

**FORMULARZ OFERTY**

|  |
| --- |
| **I.DANE WYKONAWCY** |
| Nazwa osoby/podmiotu:  | Siedziba: |
| Telefon: | E-mail: |
| REGON: | WWW: |
| NIP: | Reprezentowany przez: (osoba uprawniona do podpisania umowy)Podstawa do reprezentacji : |
| KRS/CEIDG  |
| **OSOBA DO KONTAKTU** |
| Imię i nazwisko: | E-mail: |
| Telefon: |

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na „Realizację usług szkoleniowych z zakresu zarządzania
i realizacji projektów na badania kliniczne, obowiązków sponsora badania i zespołu badawczego”
dla pracowników Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie w ramach projektu,
pn. „Integration – Zintegrowany rozwój Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” POWR.03.05.00-00-00Z047/18 współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, oferuję(emy) wykonanie zamówienia zgodnie z treścią zapytania na następujących warunkach za cenę:

|  |
| --- |
| **II. Doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia, którymi dysponuje Wykonawca, wymaganymi na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu.** |
| **Lp.** | **Stanowisko** | **Imię i nazwisko osoby wskazanej w SWZ rozdział** | **Doświadczenie zawodowe** *(nazwa instytucji okres zatrudnienia od - do dd.mc.rok – łącznie min. 10 lat)* | **Wykaz badań klinicznych** *(Tytuł, nr badania klinicznego, w którym osoba delegowana brała udział, data udziału w badaniu od do dd.mc.rok, pełniona rola w badaniu) min. 5 zakończonych badań*  | **Wykaz audytów i inspekcji, w których osoba delegowana brała udział** *(tytuł i nr badania) min 5 audytów i inspecji*  |
| 1 | Specjalista ds. klinicznych  | …………………………………Imię i nazwisko |  |  |  |
| **Lp.** | **Stanowisko** | **Imię i nazwisko osoby wskazanej w SWZ rozdział** | **Doświadczenie zawodowe w zakresie uzyskiwania zgody na wytwarzanie** *(nazwa instytucji okres zatrudnienia od - do dd.mc.rok , funkcja – łącznie min. 5 lat)* | **Doświadczenie zawodowe w zakresie zarządzania jakością zgodnie z GMP** *(nazwa instytucji okres zatrudnienia od - do dd.mc.rok , funkcja – łącznie min. 5 lat* | **Wykaz audytów i inspekcji, w których osoba delegowana brała udział** *(daty audytów mc.rok ) min 5 audytów i inspecji*  |
| 2 | Specjalista ds. produktów leczniczych | …………………………………Imię i nazwisko |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko** | **Imię i nazwisko osoby wskazanej w SWZ rozdział** | **Doświadczenie zawodowe na stanowisku IOD** *(nazwa instytucji okres zatrudnienia od - do dd.mc.rok – łącznie min. 5 lat)* | **Doświadczenie zawodowe na stanowisku wykładowcy** *(nazwa instytucji okres zatrudnienia od - do dd.mc.rok – łącznie min. 5 lat)* |
| 3 | Specjalista ds. ochrony danych osobowych | …………………………………Imię i nazwisko |  |  |

Z opisu doświadczenia musi wynikać spełnienie warunku udziału w postępowaniu.

|  |
| --- |
| **III. Wartość cenowa** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wartość netto** | **VAT** |
| 1 |  | Zw. |

|  |
| --- |
| **IV. OŚWIADCZENIE** |
| 1. Oświadczam, że powyższa cena uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o zamówieniu i uznaję się związany określonymi w nim wymaganiami i zasadami.
3. Oświadczam, że zamówienie zrealizuję w terminie i na warunkach określonych w ogłoszeniu o zamówieniu.
4. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. W przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach w ofercie i ogłoszeniu, a także do podpisania umowy powierzenia danych osobliwych.
6. Oświadczam, że zamówienie w całości wykonamy siłami własnymi/ z udziałem podwykonawcy.\*
7. Oświadczam(my), że powierzę(my) do wykonania następującym podwykonawcom następujące części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………… /część (zakres) zamówienia/1. Oświadczam, że wypełniłem(am) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem(am) w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu i w związku z realizacją umowy w sprawie przedmiotowego zamówienia. Dodatkowo zobowiązuję się do wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskam, w przypadku zmian zakresu lub celu pozyskanych danych osobowych.
2. Oświadczam(y), że zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym, stanowiącym załącznik do oferty. Dodatkowo zobowiązuję się do przekazania treści wszystkim osobom zaangażowanym do realizacji przedmiotu zamówienia.
 |

………………………, dn. ……………………. ……………………………………………………

 podpis(y) osoby(osób) uprawnionej(nych)

**\*** *właściwe zaznaczyć*