*Załącznik nr 1*

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

**FORMULARZ OFERTY – Wersja 2.0**

|  |  |
| --- | --- |
| **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** | **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 lat doświadczenia* | **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** | **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*