Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTY**

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 13/COMPETENTIA/DFZ/2017

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OFERETNA** | |
| Nazwa osoby/podmiotu | Adres: |
| Telefon: | E-mail: |
| REGON: | WWW: |
| NIP: | Reprezentant:  (osoba uprawniona do podpisania umowy) |
| **OSOBA DO KONTAKTU** | |
| Imię i nazwisko: | E-mail: |
| Telefon: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cena brutto od osoby** | | **Liczba osób** | **Cena brutto łącznie** |
| Koszt realizacji szkolenia certyfikowanego „Ochrona radiologiczna pacjenta stomatologicznego” |  | | **60** |  |
| Koszt państwowego egzaminu certyfikującego | 140,00 zł | | **60** | 8400,00 PLN |
| **Łącznie koszt realizacji szkolenia wraz z kosztem egzaminu państwowego:** | |  | **60** |  |
| Słownie cena brutto : | | | | |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIKI:**   1. CV – wykładowcy (dotyczy też przypadku gdy ofertę składa podmiot, który oddeleguje w swoim imieniu osobę do prowadzenia zajęć) 2. Odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej 3. Odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów uprawnionych do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów. 4. Odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów prowadzących szkolenie w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta prowadzonego przez Głównego Inspektora Sanitarnego.   ......................, dn. ....................... ........................................  /podpis/ |
| **OŚWIADCZENIA** |
| 1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia. 2. Oświadczam, że w przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się zawrzeć umowę w miejscu i terminie jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego. 3. Oświadczam, że zamówienie w całości wykonamy siłami własnymi.     ......................, dn. ....................... ........................................  /podpis/ |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE OFERENTA** |
| Niniejszym oświadczam, że Oferent nie jest powiązany kapitałowo lub osobowo z Pomorskim Uniwersytetem Medycznym w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin.  Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu Beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:   * uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej; * posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji; * pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika; * pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli. |
| ......................, dn. ....................... ........................................  /podpis/ |