Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTY**

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 14/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: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Wybór warsztatu poprzez zaznaczenie X** | **Cena brutto za godzinę / osobę** | **Liczba godzin / osób** | **Cena brutto łącznie** |
| 1. Warsztaty „Praca z wykorzystaniem mikroskopu stomatologicznego" 3 gr. 20 os. x 6h/gr |  |  | 60 osób |  |
| Słownie cena brutto: | | | | |
| 2. Warsztaty „Praca z wykorzystaniem lup stomatologicznych” 6 gr. 10 os. x 8 h/gr. |  |  | 48 godz. |  |
| Słownie cena brutto: | | | | |
| 3. Warsztaty „Skanery wewnątrzustne i ich zastosowanie w protetyce, chirurgii i ortodoncji” 3 gr. 20 os. x x7 h/gr |  |  | 60 osób |  |
| Słownie cena brutto: | | | | |

|  |
| --- |
| **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. 4. oświadczam, jako upoważniony reprezentant Wykonawcy, że **/spełniamy– nie spełniam/\*** warunki udziału w postępowaniu w ten sposób, że: 5. **/Posiadam – nie posiadam/\*** uprawnienia do wykonywania określonej działalności zawodowej; 6. **/Posiadam – nie posiadam/\*** zdolności techniczne oraz zawodowe 7. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej lub finansowej **/za­pewniającej – nie zapewniającej/\*** wykonanie zamówienia;     ......................, 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/ |