Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTY**

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 45/CIEM/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: |

|  |
| --- |
| **Koszt przeszkolenia 1 osoby** |
| **Nazwa zadania**  | **Wybór Zadania (TAK/NIE)** | **Cena netto**  | **VAT** | **Cena brutto** |
| **Zadanie 1 – Kurs wprowadzający dla instruktorów podstawowe zabiegi resuscytacyjne z wykorzystaniem defibrylatora półautomatycznego-AED**  |  |  |  |  |
| Słownie cena brutto: |

|  |
| --- |
| **Koszt przeszkolenia 1 osoby** |
| **Nazwa zadania**  | **Wybór Zadania (TAK/NIE)** | **Cena netto**  | **VAT** | **Cena brutto** |
| **Zadanie 2 – Kurs wprowadzający dla instruktorów - zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych u dorosłych** |  |  |  |  |
| Słownie cena brutto: |

|  |
| --- |
| **Koszt przeszkolenia 1 osoby** |
| **Nazwa zadania**  | **Wybór Zadania (TAK/NIE)** | **Cena netto**  | **VAT** | **Cena brutto** |
| **Zadanie 3 – Kurs wprowadzający dla instruktorów - zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych u dzieci** |  |  |  |  |
| Słownie cena brutto: |

|  |
| --- |
| **Koszt przeszkolenia 1 osoby** |
| **Nazwa zadania**  | **Wybór Zadania (TAK/NIE)** | **Cena netto**  | **VAT** | **Cena brutto** |
| **Zadanie 4 – Kurs wprowadzający dla instruktorów - zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych u noworodków** |  |  |  |  |
| Słownie cena brutto: |

|  |
| --- |
| **Koszt przeszkolenia 1 osoby** |
| **Nazwa zadania**  | **Wybór Zadania (TAK/NIE)** | **Cena netto**  | **VAT** | **Cena brutto** |
| **Zadanie 5 – Kurs wprowadzający dla instruktorów - postępowanie w urazach w opiece przedszpitalnej** |  |  |  |  |
| 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.

  ......................, 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/ |