Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTY**

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 48/KADRA/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: |

| **Nazwa zadania**  | **Wybór Zadania (TAK/NIE)** | **Cena netto**  | **VAT** | **Cena brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 1 – Prowadzenie badań (TYP C)**32 h/ grupa, 3 edycje, 12 os./grupa |  |  |  |  |
| Słownie cena brutto: |
| **Zadanie 2 – WeQuest – wykorzystywanie internetu do nauki i prowadzenia zajęć (TYPE)** 24h/ grupa, 2 edycje, 12 os./grupa  |  |  |  |  |
| Słownie cena brutto: |
| **Zadanie 3 – Posługiwanie się bazami danych medycznych oraz ich wykorzystaniem w procesie kształcenia (TYP J)** 32 h/ grupa, 3 edycje, 12 os./grupa |  |  |  |  |
| Słownie cena brutto: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 4 – Prowadzenie zajęć w języku angielskim (TYP K)**35 h/ grupa, 4 edycje, 14 os./grupa |  |  |  |  |
| Słownie cena brutto: |
| **Zadanie 5 – Uzyskiwanie biegłości w komunikowaniu się w języku obcym (TYPL)**120 h/ grupa, 2 edycje, 10 os./grupa |  |  |  |  |
| Słownie cena brutto: |
| **Zadanie 6 – Zarządzanie danymi medycznym (TYP M)** 32 h/ grupa, 2 edycje, 12 os./grupa |  |  |  |  |
| Słownie cena brutto: |
| **Zadanie 7 – Technologie informacyjne w medycynie (TYP N)**32 h/ grupa, 2 edycje, 12 os./grupa |  |  |  |  |
| 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. Oferta jest ważna 30 dni od daty ostatecznego terminu składania ofert.
5. Akceptuję/akceptujemy zapisy projektu umowy według wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do niniejszego zapytania ofertowego i w przypadku, gdy moja/nasza oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza zobowiązuję się/zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

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