***Załącznik 1 do zapytania ofertowego nr* 64/CIEM/DFZ/2017**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *…………………………………………………………….*  *pieczęć Wykonawcy* | | ***ZAPYTANIE OFERTOWE NR 64/CIEM/DFZ/2017*** |
| Nazwa Wykonawcy: |  | |
| Adres: |  | |
| REGON: |  | |
| NIP: |  | |
| Telefon, e-mail : |  | |
| Osoba reprezentująca Wykonawcę: |  | |

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Niniejszym, po zapoznaniu się z zapytaniem ofertowym, składam ofertę na realizację zamówienia polegającego na poprowadzeniu zajęć opisanych w części II „OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA” w ramach Zapytania ofertowego nr ***64/CIEM/DFZ/2017,*** oświadczamy, że w/w przedmiot zamówienia zobowiązujemy się zrealizować w zakresie ustalonym w umowie, za następującą cenę:

| **KALKULACJA** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ ZAPYTANIA OFERTOWEGO** | **RODZAJ ZADANIA** | **WYBÓR ZADANIA** | **KOSZT WYNAGRODZENIA (uwzględniający obciążenia po stronie pracownika i pracodawcy ZA REALIZACJĘ ZADANIA 1 oraz 2 LUB ZADANIA 1 oraz 3** |
| **Zadanie 1** | Podstawy ratownictwa taktycznego. | **X**  **OBLIGARORYJNIE** | **KOSZT:…………………………………………..**  **SŁOWNIE:** |
| Przygotowanie symulacji |
| Przeprowadzenie omówienie symulacji |
| **Zadanie 2** | Zaopatrywanie ran przy użyciu opatrunków izraelskich |  |
| Zastosowanie opasek uciskowych w opiece przedszpitalnej |
| **Zadanie 3** | Zaopatrywanie ran głęboko penetrujących (pakowanie ran), zastosowanie opatrunków hemostatycznych |  |
| Zasady zaopatrywania obrażeń klatki piersiowej |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Staż pracy w policji, pogotowiu ratunkowym, straży pożarnej lub innej jednostce*** | | | | | |
| *Nazwa zakładu pracy:* | *Zajmowane stanowisko:* | | | Zatrudnienie na powyższym stanowisku  od ……………… do…………………  Liczba lat pracy: …………………………. | |
| ***Posiadam zaświadczenie o odbyciu szkolenia z zakresu ratownictwa taktycznego*** | | | ***Tak / nie*** | | |
| ***Staż pracy jako wykładowca akademicki prowadzący zajęcia z zakresu ITLS*** | | | | | |
| *Nazwa uczelni:* | | *Zajmowane stanowisko:*  *Tematyka prowadzonych zajęć :* | | | Zatrudnienie na powyższym stanowisku  od ……………… do…………………  Liczba lat pracy: …………………………. |
| ***ZAŁĄCZNIKI:*** | | | | | |
| 1. *CV (dotyczy też przypadku gdy ofertę składa podmiot, który oddeleguje w swoim imieniu osobę do prowadzenia zajęć)* 2. *Kserokopia zaświadczenia potwierdzającego odbycie szkolenia z zakresu ratownictwa taktycznego* | | | | | |

1. *Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i zapoznany z treścią art. 233 par. 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że posiadam, kwalifikacje niezbędne do prowadzenia zajęć dydaktycznych, których dotyczy oferta, a dane zawarte w CV są zgodne z prawdą.*
2. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
3. Oświadczamy, że w przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się zawrzeć umowę w miejscu i terminie jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego.
4. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres wskazany w Zapytaniu ofertowym.
5. Oświadczamy, że zamówienie w całości wykonamy siłami własnymi.
6. 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.

*……………………………………….………..…………….* …………………………………………………….………..…

Miejscowość, data Podpis osoby upoważnionej ze strony Wykonawcy do podejmowania decyzji