Załącznik nr 1

**WZÓR OFERTY W ODPOWIEDZI NA ZAPYTANIE OFERTOWE nr 51/PIP/DFZ/2018**

|  |  |
| --- | --- |
| **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: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Proszę wpisać nazwę NZOZ w którym będzie się odbywać staż** | **Cena za jedną godzinę dydaktyczną w zł do dwóch miejsc po przecinku i stawka opłaty administracyjnej za godzinę stażu** |
|  | / |
|  | / |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Staż pracy jako lekarz rodzinny | Liczba lat stażu pracy |  5-10   10-15   15-20   Powyżej 20 |
| **TERMIN PROWADZENIA ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH** | | |
| Zajęcia praktyczne na kursie specjalistycznym odbywać się będą w okresie czerwca-lipiec 2018 (poniedziałek - piątek). O ostatecznym wyborze terminów zajęć dydaktycznych decyduje Zamawiający. | | |
| **ZAŁĄCZNIKI:** | | |
| 1. CV (dotyczy też przypadku gdy ofertę składa podmiot, który oddeleguje w swoim imieniu osobę  do prowadzenia zajęć) | | |
| **OŚWIADCZENIA** | | |
| 1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego nr 51/PIP/DFZ/2018 i akceptuję   jego treść.   1. Oświadczam, że zapoznałem się z programem kształcenia kursu. 2. 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 w ramach kursów, których dotyczy oferta, a dane zawarte w CV są zgodne z prawdą. | | |

……………………………

data, podpis, pieczęć)

|  |
| --- |
| **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. |
| PODPIS OFERENTA  …………………………………… |