***Załącznik nr1 do zapytania nr 04/2019/DFZ***

|  |  |
| --- | --- |
| *…………………………………………………………….**pieczęć Wykonawcy* | ***ZAPYTANIE NR 04/2019/DFZ*** |
| Nazwa Wykonawcy: |  |
| Adres: |  |
| REGON: |  |
| NIP: |  |
| Telefon, e-mail : |  |
| Osoba reprezentująca Wykonawcę:  |  |

**INFORMACJA O SZACUNKOWEJ WARTOŚCI ZAMÓWIENIA**

1. Niniejszym, po zapoznaniu się z zapytaniem w ramach szacowania wartości zamówienia, przesyłam informację o szacunkowej wartości zamówienia kompleksowej usługi szkoleniowej dla instruktorów symulacji medycznej oraz techników symulacji medycznej, której szczegółowy opis stanowi załącznik nr 1 do Zapytania nr **04/2019*/DFZ,***:

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwota netto** |  |
| **Podatek VAT** |  |
| **Kwota brutto** |  |
| **Kwota brutto słownie** |  |

1. Oświadczam, że w cenie zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
2. Niniejszym oświadczam, że nie jesteśmy powiązani 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