***Załącznik nr 2 do zapytania nr 07/2019/DFZ***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *…………………………………………………………….*  *pieczęć Wykonawcy* | | ***ZAPYTANIE OFERTOWE NR 07/2019/DFZ*** |
| Nazwa Wykonawcy: |  | |
| Adres: |  | |
| REGON: |  | |
| NIP: |  | |
| Telefon, e-mail : |  | |
| Osoba reprezentująca Wykonawcę: |  | |

**FORMULARZ OFERTOWY**

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 **07/2019*/DFZ,***:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Zadanie 1 Szkolenie instruktorów symulacji medycznej** | **Zadanie 2 Szkolenie dla techników symulacji medycznej** |
| **Koszt szkoleń warsztaty i zajęcia praktyczne** | | |
| **Koszt przeszkolenia 1 uczestnika** | | |
| **Kwota netto** |  |  |
| **Podatek VAT** |  |  |
| **Kwota brutto** |  |  |
| **Koszt przeszkolenia wszystkich uczestników** | | |
| **Wartość brutto** | 126 uczestników x ……………………………… = …………………………………………………………….zł | 12 uczestników x ……………………………… = …………………………………………………………….zł |
| **Wartość brutto słownie** |  |  |
| **Koszt szkoleń SUPERWIZJA** | | |
| **Koszt przeszkolenia 1 uczestnika** | | |
| **Kwota netto** |  |  |
| **Podatek VAT** |  |  |
| **Kwota brutto** |  |  |
| **Koszt przeszkolenia wszystkich uczestników** | | |
| **Wartość brutto** | 126 uczestników x ……………………………… = …………………………………………………………….zł | 12 uczestników x ……………………………… = …………………………………………………………….zł |
| **Wartość brutto słownie** |  |  |
| **Koszt przygotowania scenariuszy symulacji medycznej** | | |
| **Koszt wykonania 1 scenariusza symulacji medycznej** | | |
| **Kwota netto** |  | Nie dotyczy |
| **Podatek VAT** |  | Nie dotyczy |
| **Kwota brutto** |  | Nie dotyczy |
| **Koszt wykonania 10 scenariuszy symulacji medycznej** | | |
| **Wartość brutto** | 10 szt. x ……………………………..….. = …………………………………………………zł | Nie dotyczy |
| **Wartość brutto słownie** |  | Nie dotyczy |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Łączna wartość oferty (szkolenie dzień praktyczny i warsztatowy + superwizja)** | | |
|  | **Szkolenie dzień praktyczny i warsztatowy + superwizja + przygotowanie scenariuszy** | **Szkolenie dzień praktyczny i warsztatowy + superwizja** |
| **Wartość brutto** |  |  |
| **Wartość brutto słownie** |  |  |

1. Oświadczam, że w cenie zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia, w tym ewentualny podatek VAT.
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.

1. W załączeniu przekładam dokument potwierdzający możliwość realizacji przeze mnie bądź też moich pracowników usługi szkoleniowej tj. ………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Instruktorzy, którzy będą wykonywać wskazaną w zapytaniu ofertowym usługę posiadają co najmniej 2 letnie doświadczenie zawodowe w szkoleniach medycznych. W załączeniu przekazuję CV instruktorów (ewentualnie kserokopie posiadanych przez nich certyfikatów).
2. Oświadczam, że usługa szkoleniowa wynikająca z treści zapytania ofertowego zostanie wykonana przez następujących instruktorów (proszę wymienić co najmniej 2 osoby):

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

1. Posiadam doświadczenie w obsłudze sprzętu symulacyjnego posiadanego przez zamawiającego.

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

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