***Załącznik nr1 do zapytania ofertowego nr 19/INTEGRATION/2019/DFZ***

|  |  |
| --- | --- |
| *…………………………………………………………….**pieczęć Wykonawcy* | ***ZAPYTANIE OFERTOWE NR 19/ INTEGRATION/2019/DFZ*** |
| 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 świadczeniu usług

**ZADANIE I – Organizacja stażu dydaktycznego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wartość netto łącznie dla 5 osób (PLN)**  | **VAT** | **Wartość brutto łącznie dla 5 osób (PLN)**  |
|  |  |  |
| Słownie wartość brutto:  |  |

**ZADANIE II\* – Organizacja transportu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wartość netto łącznie dla 5 osób (PLN)** | **VAT** | **Wartość brutto łącznie dla 5 osób (PLN)**  |
|  |  |  |
| Słownie wartość brutto:  |  |

\*W przypadku Zadania II należy dołączyć szczegółowy opis proponowanych w ofercie połączeń lotniczych.

1. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
2. Oświadczam, że w przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się zawrzeć umowę w miejscu i terminie, jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni.
4. Oświadczam, że zamówienie w całości wykonam siłami własnymi.
5. Oświadczam, że posiadam / nie posiadam\* niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
6. Oświadczam, że posiadam niezbędne uprawnienia do prowadzenia przeze mnie działalności umożliwiające realizację zamówienia.
7. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej / nie zapewniającej\* wykonania zamówienia
8. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i zapoznany z treścią art. 233 par. 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w moje ofercie i załącznikach do niej są zgodne z prawdą.
9. 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