

**Załącznik nr 2** do zapytania ofertowego nr 12/POZ/WiBF/5.4/staż - formularz oferty w odpowiedzi na zapytanie ofertowe, **realizacja zajęć stażowych.**

Dane oferenta			
Imię i nazwisko/ nazwa podmiotu			
adres			
Nr telefonu, e - mail		NIP	
Osoba upoważniona do podpisania umowy			
Osoba do kontaktu (jeżeli inna niż powyżej)			
Imię i nazwisko			
Nr telefonu, e - mail			

Terminy zajęć i lokalizacja, której dotyczy oferta (miasto, numer edycji i terminy zajęć zgodnie z informacją podaną w zapytaniu ofertowym)	miasto	numer edycji	terminy (od...do...)
	Kalisz	edycja nr 16	08.09.2017r. - 20.10.2017r
Miejsca realizacji zajęć stażowych, których dotyczy oferta (proszę podkreślić właściwe miejsce/miejsca)	Miejsce realizacji stażu	Liczba dni	
	1. Oddział chorób wewnętrznych	12 dni (4 grupy*3 dni)	
	2. Oddział neurologiczny lub Oddział anestezjologii intensywnej terapii	8 dni (4 grupy*2dni )	
Nazwa i adres placówki, w której będą realizowane zajęcia stażowe	1. Oddział chorób wewnętrznych		
	2. Oddział neurologiczny lub Oddział anestezjologii intensywnej terapii		
Informacje o osobach oddelegowanych przez Wykonawcę/Oferenta do realizacji zajęć	<b>Imię i nazwisko osoby oddelegowanej w imieniu Oferenta do realizacji zajęć</b>	<b>Doświadczenie w pełnieniu funkcji opiekuna stażu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (stosowna informacja powinna znaleźć się w załączniku 3)</b>	
1. Oddział chorób wewnętrznych		<input type="checkbox"/> 0 - 50 dni <input type="checkbox"/> 101 – 150 dni <input type="checkbox"/> 51 - 100 dni <input type="checkbox"/> powyżej 150 dni	
2. Oddział neurologiczny lub Oddział anestezjologii intensywnej terapii		<input type="checkbox"/> 0 - 50 dni <input type="checkbox"/> 101 – 150 dni <input type="checkbox"/> 51 - 100 dni <input type="checkbox"/> powyżej 150 dni	
Cena usługi (do dwóch miejsc po przecinku)	Cena brutto za 1 dzień realizacji zajęć stażowych dla kursu „ Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych” dla pielęgniarek i położnych .....zł słownie: ..... Liczba dni: ....., razem (cena brutto za 1 dzień realizacji stażu *liczba dni).....zł słownie: .....		



Załączniki	<ol style="list-style-type: none"><li>1. CV Oferenta lub osób oddelegowanych w imieniu Oferenta do realizacji zajęć.</li><li>2. Liczba dni, podczas których sprawowana była funkcja opiekuna zajęć stażowych kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (załącznik nr 3).</li><li>3. Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych (załącznik nr 4).</li><li>4. Dokument stwierdzający status prawny Wykonawcy (odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej) – jeśli dotyczy.</li><li>5. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób oddelegowanych w imieniu Oferenta do realizacji zajęć.</li><li>6. Pełnomocnictwo – jeśli dotyczy.</li><li>7. Kopia umowy z placówką ochrony zdrowia na realizację zajęć stażowych w lokalizacjach i na oddziałach wskazanych w ofercie – jeśli dotyczy.</li></ol>
Oświadczenia	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego nr <b>12/POZ/WiBF/5.4/staż</b> i akceptuję jego treść.</li><li>2. Oświadczam, że zapoznałem się z załącznikiem nr 1a do zapytania ofertowego nr <b>12/POZ/WiBF/5.4/staż</b>.</li><li>3. Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.</li><li>4. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonania zamówienia.</li><li>5. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i zapoznany z treścią art. 233 par. 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że posiadam/dysponuję osobami posiadającymi kwalifikacje niezbędne do sprawowania funkcji opiekuna zajęć stażowych kursu/kursów, których dotyczy oferta, a dane zawarte w CV są zgodne z prawdą.</li></ol>
Data, podpis/ pieczęć	