**Znak sprawy nr DAG/PN/7/19 Załącznik nr 2 do SIW*Z***

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………………….

Adres : ………………………………………………………………………………………………………….

NIP: …………………………………………………REGON:………………………………………………….

**Rodzaj wykonawcy – należę do: małych i średnich przedsiębiorstw: TAK / NIE – niepotrzebne skreślić.**

tel.. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **/** e-mail: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**FORMULARZ OFERTOWY**

W związku z przystąpieniem do przetargu nieograniczonego na:

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

składamy ofertę do PWSTE Jarosław – oświadczając:

1. Oferujemy przyjęcie do wykonania ww. przedmiotu zamówienia, którego zakres i przedmiot określono w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (wypełnić w części/częściach na które Wykonawca składa ofertę w zakresie zgodnym z opisem przedmiotu zamówienia):

**Dla części I (za całość):**

*Cena netto przedmiotu zamówienia wynosi: (słownie: …………………….…………………...................)*

*Wartość podatku VAT przedmiotu zamówienia wynosi (słownie: …………………..…………................)*

*Cena brutto przedmiotu zamówienia wynosi: (słownie: ……………………………………….................)*

**Dla części II (za całość):**

*Cena netto przedmiotu zamówienia wynosi: (słownie: …………………….…………………...................)*

*Wartość podatku VAT przedmiotu zamówienia wynosi (słownie: …………………..…………................)*

*Cena brutto przedmiotu zamówienia wynosi: (słownie: ……………………………………….................)*

**Dla części I:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Wartość netto [zł]** | **Stawka podatku VAT [%]** | **Wartość podatku VAT [zł]** | **Wartość brutto [zł]** | **Nazwa ośrodka szkoleniowego (z adresem)** |
| **Działania edukacyjno-rozwojowe dla techników symulacji medycznej, informatyka symulacji medycznej, instruktorów/wykładowców symulacji oraz osób zarządzających MCSM** |
| 1 | Szkolenia dla osób zarządzających MCSM (dla 2 osób) |  |  |  |  |  |
| 2 | Szkolenie praktyczne instruktora symulacji niskiej wierności w pielęgniarstwie (dla 10 osób) |  |  |  |  |  |
| 3 | Szkolenie praktyczne instruktora symulacji pośredniej wierności przedmiotów specjalistycznych w pielęgniarstwie (dla 10 osób) |  |  |  |  |  |
| 4 | Szkolenie dla techników symulacji medycznej (dla 2 osób) |  |  |  |  |  |
| 5 | Szkolenie dla informatyka symulacji medycznej (dla 1 osoby) |  |  |  |  |  |
| 6 | Szkolenie praktyczne egzaminatora OSCE (dla 9 osób) |  |  |  |  |  |
| 7 | Szkolenie dla nauczycieli - Podniesienie jakości kształcenia poprzez psychologiczny wpływ kształcenia symulacyjnego (dla 8 osób) |  |  |  |  |  |
| 8 | Szkolenie z zakresu pacjentów standaryzowanych (dla 8 osób) |  |  |  |  |  |
| 9 | Szkolenie praktyczne instruktora wysokiej wierności w pielęgniarstwie (dla 8 osób) |  |  |  |  |  |
| 10 | Szkolenie dla nauczycieli przedmiotów uczelni pielęgniarskiej chcących wprowadzić metody symulacji medycznej (dla 20 osób) |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |

**Dla części II:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Wartość netto [zł]** | **Stawka podatku VAT [%]** | **Wartość podatku VAT [zł]** | **Wartość brutto [zł]** | **Nazwa ośrodka szkoleniowego (z adresem)** |
| **Działania edukacyjno-rozwojowe dla studentów w ramach MCSM** |
| 1 | Szkolenie dla studentów (z roczników 2018/19, 2019/20 i 2020/21) uczelni pielęgniarskiej w ramach symulacji niskiej wierności (dla 360 osób) |  |  |  |  |  |
| 2 | Szkolenie dla studentów (z roczników 2018/19, 2019/20 i 2020/21) uczelni pielęgniarskiej zapoznającym z metodą egzaminowania OSCE (dla 360 osób) |  |  |  |  |  |
| 3 | Szkolenie dla studentów (z roczników 2018/19 i 2019/20) uczelni pielęgniarskiej w ramach symulacji pośredniej wierności (dla 240 osób) |  |  |  |  |  |
| 4 | Szkolenie dla studentów (z roczników 2018/19) uczelni pielęgniarskiej w ramach symulacji wysokiej wierności (dla 120 osób) |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |

1. Zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i przyjmujemy ją bez zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.
2. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
3. Zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia istotne postanowienia umowy (**Załącznik nr 3 do SIWZ)** zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych w projekcie umowy warunkach w miejscu i terminie uzgodnionym z zamawiającym.
4. **Termin wykonania zamówienia**: od dnia zawarcia umowy do dnia 31 grudnia 2020 r., w terminach uzgodnionych między stronami.
5. Wykonanie zamówienia zamierzam \*/ nie zamierzam \*/powierzyć podwykonawcom.

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………………………………… |

**Oświadczenie Wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej do zawarcia umowy i realizacji przedmiotu zamówienia.

**Ważne:**

1. **Oświadczamy, iż: (niepotrzebne skreślić)**

- posiadamy doświadczenie zawodowe, tj. w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, wykonaliśmy lub wykonujemy 1 usługę polegającą na przeprowadzeniu szkoleń dla instruktorów/wykładowców akademickich kierunków medycznych zakresu symulacji medycznej z zakresu symulacji medycznej,

- nie posiadamy doświadczenia zawodowego, tj. w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, nie wykonaliśmy lub nie wykonujemy 1 usługi polegającej na przeprowadzeniu szkoleń dla instruktorów/wykładowców akademickich kierunków medycznych zakresu symulacji medycznej z zakresu symulacji medycznej wysokiej wierności.

………………….…….…………………, dnia: ………..…….…………... r

 *(miejscowość)*

***Potwierdzam treść informacji jak wyżej:***

*………………………………..…………………*

*Uprawniony przedstawiciel wykonawcy –*

*pieczęć z podpisem lub nazwisko i imię.*