Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego

FORMULARZ OFERTOWY

/należy wypełnić komputerowo lub drukowanymi literami/

W odpowiedzi na Zapytanie ofertowe na „Udział w pracach zespołu opiniującego wniosek położnej o zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla położnych " składam niniejszą ofertę oświadczając, że **zapoznałem/am się i akceptuję w całości wszystkie warunki zawarte w Zapytaniu ofertowym oraz istotnych postanowieniach umowy, stanowiących załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego.**

Tytuł/stopień naukowy Imię i nazwisko Wykonawcy:

Adres zamieszkania lub korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania) ………………………………………………………………………………………………………….

tel…………………………………………………………………………………………………….

e-mail:

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w Zapytaniu ofertowym oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. 2016 r. poz. 1761, z późn, zm.).

W celu wykazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu oświadczam, że spełniam kryteria, o których mowa w **Części IV Istotnych warunków zamówienia ust. 1**

– proszę zaznaczyć znakiem „x” tylko jedną pozycję:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **Spełniam kryteria i posiadam następujące kwalifikacje:** | **Właściwe zaznaczyć znakiem „x”** |
| 1 | Posiadam tytuł naukowy profesora |  |
| 2 | Posiadam stopień naukowy doktora habilitowanego |  |
| 3 | Posiadam stopień naukowy doktora |  |
| 4 | Posiadam tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla położnych |  |

Jestem **pracownikiem naukowym** **szkoły** pielęgniarskiej/szkoły położnych

……………………………………………………………………………………………………/ */należy wpisać pełną nazwę oraz adres uczelni/szkoły-wydziału/zakładu/*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dodatkowe kryteria oceny ofert** | **Proszę wpisać liczbę pełnych lat** | |
| doświadczenie zawodowe w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla położnych, w której opiniowany będzie wniosek o zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji |  | |
|  | **Właściwe zaznaczyć znakiem „x”** | |
| doświadczenie w pracach zespołu opiniującego wniosek położnej o zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji | **TAK** | **NIE** |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych, obejmujących imię i nazwisko, tytuł/stopień naukowy, adres zamieszkania/korespondencyjny, nazwę pracodawcy/miejsca pracy, numer telefonu kontaktowego, adres e –mail, na potrzeby związane z prowadzonym postępowaniem związanym z niniejszym zapytaniem ofertowym.

Formularz ofertowy musi być podpisany własnoręcznie lub podpisem elektronicznym przez osobę składającą ofertę.

……………………………………… …………………………

Data, miejscowość Podpis Wykonawcy