**Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego**

**FORMULARZ OFERTOWY**

/ wypełnić komputerowo lub drukowanymi literami /

W odpowiedzi na Zapytanie ofertowe na „Wybór zespołu do opracowania programu kursu specjalistycznego w zakresie opieki koordynowanej w ramach porady pielęgniarki **podstawowej opieki zdrowotnej** oraz wybór recenzentów**”**,

składam niniejszą ofertę na **Część 2** – Wybór **2 członków** **zespołu** ds. opracowania programu kursu specjalistycznego w zakresie opieki koordynowanej w ramach porady pielęgniarki **podstawowej opieki zdrowotnej**.

Imię i nazwisko Wykonawcy: …………………………………………………………………….

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………

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

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

Tel:………………………………………………………………………………………………...…….

Adres e-mail:

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w Zapytaniu ofertowym.

Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję w całości wszystkie warunki zawarte w Zapytaniu ofertowym oraz Projektowanych Postanowieniach Umowy, stanowiących załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego.

Oferuję wykonanie ww. przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami i wymaganiami opisanymi w Zapytaniu ofertowym za cenę:

……………zł brutto (słownie: ..................................................................................)

W celu wykazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu oświadczam, że posiadam:

* prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej przyznane przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych;
* tytuł zawodowy co najmniej magistra;
* doświadczenie w tworzeniu programów kształcenia dla zawodów medycznych;
* doświadczenie dydaktyczne w pracy ze studentami szkoły pielęgniarskiej/szkoły położnych;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **Dodatkowe kryteria oceny ofert** | **Właściwe zaznaczyć znakiem „x” (jedno pole)** |
|  | tytuł naukowy profesora |  |
|  | stopień naukowy doktora habilitowanego |  |
|  | stopień naukowy doktora |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **Dodatkowe kryteria oceny ofert** | **Właściwe zaznaczyć znakiem „x”** |
|  | tytuł specjalisty w dziedzinie obejmującej zakres tematyczny kursu specjalistycznego |  |
|  | doświadczenie w tworzeniu programów kształcenia dla zawodów medycznych |  |

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres 30 dni kalendarzowych od dnia upływu terminu składania ofert;
2. przedmiot zamówienia wykonam osobiście bez korzystania z podwykonawców;
3. w cenie mojej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
4. zapoznałam/em się z treścią Zapytania ofertowego oraz Projektowanymi Postanowieniami Umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte;
5. nie obowiązują mnie zakazy określone w rozporządzeniu (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1) oraz nie znajduję się na liście osób i podmiotów o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2024 r. poz. 507).

**Wyrażam gotowość do** opracowania programu kursu specjalistycznego w terminie do 14 dni od dnia podpisania umowy z uwzględnieniem szczegółowych terminów realizacji zadań określonych w Projektowanych Postanowieniach Umowy stanowiących załącznik 5 do Zapytania ofertowego oraz do stawienia się na spotkania zorganizowane przez Centrum.

**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 przez osobę składającą ofertę:

1. własnoręcznie jeśli jest składany w wersji papierowej

lub

1. podpisem kwalifikowanym/osobistym/zaufanym jeśli jest składany w wersji elektronicznej.

……………………………………… …………………………

data, miejscowość podpis Wykonawcy