



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1

**WZÓR OFERTY
W ODPOWIEDZI NA ZAPYTANIE OFERTOWE
nr 6/SDZ/MAŁOPOLSKA**

DANE OFERETNA	
Imię i nazwisko/ nazwa podmiotu:	Adres:
Telefon:	E-mail:
REGON (jeśli dotyczy):	WWW:
NIP lub PESEL:	Reprezentant: (osoba uprawniona do podpisania umowy)
OSOBA DO KONTAKTU (jeśli inna niż wymieniona powyżej)	
Imię i nazwisko:	E-mail:
Telefon:	

W przypadku składania oferty na pełnienie funkcji Członka Komisji Egzaminacyjnej dla wybranego kursu należy wypełnić tabelę w odpowiednich polach.

Lp.	Nazwa kursu	Stawka za 1 egzamin	Imię i nazwisko
1	Kurs specjalistyczny: Wykonywanie badania spirometrycznego dla pielęgniarek		
2	Kurs specjalistyczny: Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi dla pielęgniarek		
3	Kurs specjalistyczny: Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów dla pielęgniarek i położnych		
4	Kurs specjalistyczny: Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych		
5	Kurs specjalistyczny: Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych, cz. I/II		
6	Kurs kwalifikacyjny: Pielęgniarstwo geriatryczne dla pielęgniarek		

Szkoła dla zdrowia - kursy zawodowe dla pielęgniarek i położnych

nr Projektu POWR.05.04.00-00-0038/15

Oś priorytetowa V Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój Wsparcie dla obszaru zdrowia
Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Prowadzę działalność gospodarczą/posiadam wymagane przepisami kwalifikacje i uprawnienia* w zakresie objętym przedmiotem zamówienia.
2. Znajduję się w sytuacji finansowej i ekonomicznej zapewniającej prawidłowe wykonanie zamówienia.
3. Posiadam doświadczenie na stanowisku Członka Komisji Egzaminacyjnej w ramach kursów medycznych,
4. Cena oferty zwiera wszystkie niezbędne do realizacji zadania koszty.
5. Jestem związany niniejszą ofertą 30 dni.
6. W przypadku przyznania mi zamówienia zobowiązuje się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
7. W przypadku przyznania mi zamówienia moje łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i FS oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych i innych podmiotów, **nie przekroczy 276 godzin miesięcznie** (dotyczy osób fizycznych oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą wykonujących zamówienie osobiście).
8. Do oferty dołączam następujące dokumenty:
 - a) oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych;
 - b) pełnomocnictwo do podpisywania ofert (jeśli dotyczy);
 - c) szczegółowy Życiorys zawodowy uwzględniający informacje niezbędne do oceny oferty.

.....
(data, podpis, pieczęć)

* niepotrzebne skreślić



Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niniejszym oświadczam, że Oferent nie jest powiązany kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym, tj. Rafał Leśniak „Małopolskie Centrum Edukacji”, z siedzibą w Rabce-Zdroju, ul. Podhalańska 4

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 (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Data, PODPIS OFERENTA

.....