



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1

**WZÓR OFERTY
W ODPOWIEDZI NA ZAPYTANIE OFERTOWE
nr 2/SDZ/WROCŁAW**

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:	

Należy wypełnić kwoty każdorazowo w przypadku składania oferty na prowadzenie danego modułu.

Kurs specjalistyczny: Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych, cz. I				
Nr modułu	Nazwa modułu	Stawka za 1 godzinę ćwiczeniową	Stawka za 1 godzinę wykładową	Imię i nazwisko osoby/osób prowadzących
Moduł I	Zasady stosowania terapii wybranymi produktami leczniczymi			
Moduł II	Wyroby medyczne i środki specjalnego przeznaczenia żywieniowego			
Moduł III	Zasady i tryb wystawiania recept			
Moduł IV	Aspekty prawne i odpowiedzialność zawodowa			



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Oświadczam, że zobowiązuję się do prowadzenia zajęć w ramach modułów:

1.
2.
3.
4.

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/nie posiadam doświadczenie w charakterze wykładowcy w wybranym temacie.
4. Cena oferty zawiera 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

.....