



Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 16/BYD/PO/5.4/staż - formularz oferty w odpowiedzi na zapytanie ofertowe, realizacja zajęć stażowych.

Dane oferenta			
Imię i nazwisko/ nazwa podmiotu			
adres			
Nr telefonu, e - mail		NIP	
Osoba upoważniona do podpisania umowy			
Osoba do kontaktu (jeżeli inna niż powyżej)			
Imię i nazwisko			
Nr telefonu, e - mail			

Terminy zajęć i lokalizacja, której dotyczy oferta (miasto, numer edycji i terminy zajęć zgodnie z informacją podaną w zapytaniu ofertowym)	miasto	numer edycji	terminy (od...do...)
Uwaga: w przypadku składania oferty na kilka edycji, dla każdej edycji należy złożyć osobny formularz oferty			
Miejsca realizacji zajęć stażowych, których dotyczy oferta (proszę podkreślić właściwe miejsce/miejsca)	Miejsce realizacji stażu	Liczba dni	
	1. Oddział chemioterapii	15 dni (5 grup*3 dni)	
	2. Oddział radioterapii	15 dni (5 grup*3 dni)	
	3. Oddział chirurgii onkologicznej	15 dni (5 grup*3 dni)	
	4. Oddział onkologii i hematologii dziecięcej	15 dni (5 grup*3 dni)	
	5. Hospicjum stacjonarne albo Oddział opieki paliatywnej	15 dni (5 grup*3 dni)	
Nazwa i adres placówki, w której będą realizowane zajęcia stażowe	1. Oddział chemioterapii		
	2. Oddział radioterapii		
	3. Oddział chirurgii onkologicznej		
	4. Oddział onkologii i hematologii dziecięcej		
	5. Hospicjum stacjonarne albo Oddział opieki paliatywnej		
	Informacje o osobach oddelegowanych przez Wykonawcę/Oferenta do realizacji zajęć	Imię i nazwisko osoby oddelegowanej w imieniu Oferenta do realizacji zajęć	
1. Oddział chemioterapii			<input type="checkbox"/> 0 – 50 dni <input type="checkbox"/> 101-150 dni <input type="checkbox"/> 51-100 dni <input type="checkbox"/> powyżej 150 dni
2. Oddział radioterapii			<input type="checkbox"/> 0 – 50 dni <input type="checkbox"/> 101-150 dni <input type="checkbox"/> 51-100 dni <input type="checkbox"/> powyżej 150 dni



3. Oddział chirurgii onkologiczne		<input type="checkbox"/> 0 – 50 dni <input type="checkbox"/> 51-100 dni	<input type="checkbox"/> 101-150 dni <input type="checkbox"/> powyżej 150 dni
4. Oddział onkologii i hematologii dziecięcej		<input type="checkbox"/> 0 – 50 dni <input type="checkbox"/> 51-100 dni	<input type="checkbox"/> 101-150 dni <input type="checkbox"/> powyżej 150 dni
5. Hospicjum stacjonarne albo Oddział opieki paliatywnej		<input type="checkbox"/> 0 – 50 dni <input type="checkbox"/> 51-100 dni	<input type="checkbox"/> 101-150 dni <input type="checkbox"/> powyżej 150 dni
Cena usługi (do dwóch miejsc po przecinku)	Cena brutto za 1 dzień realizacji zajęć stażowych dla kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznegozł słownie: Liczba dni:, razem (cena brutto za 1 dzień realizacji stażu *liczba dni).....zł słownie:		
Załączniki	<ol style="list-style-type: none"> CV Oferenta lub osób oddelegowanych w imieniu Oferenta do realizacji zajęć. Liczba dni, podczas których sprawowana była funkcja opiekuna zajęć stażowych kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (załącznik nr 3). Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych (załącznik nr 4). Dokument stwierdzający status prawny Wykonawcy (odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej) – jeśli dotyczy. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób oddelegowanych w imieniu Oferenta do realizacji zajęć. Pełnomocnictwo – jeśli dotyczy. Kopia umowy z placówką ochrony zdrowia na realizację zajęć stażowych w lokalizacjach i na oddziałach wskazanych w ofercie – jeśli dotyczy. 		
Oświadczenia	<ol style="list-style-type: none"> Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego nr 16/BYD/PO/5.4/staż i akceptuję jego treść. Oświadczam, że zapoznałem się z załącznikiem nr 1 do zapytania ofertowego nr 16/BYD/PO/5.4/staż. Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy i zapoznany z treścią art. 233 par. 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że posiadam/dysponuję osobami posiadającymi kwalifikacje niezbędne do sprawowania funkcji kierownika kursu/kursów, których dotyczy oferta, a dane zawarte w CV są zgodne z prawdą. 		
Data, podpis/ pieczęć			