**Załącznik nr 2** do zapytania ofertowego nr11/BYD/OPCD/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 |
| 1a. Oddział chemioterapii albo oddział onkologii stacjonarnej - **dla pielęgniarek)** | 8 grup\*4 osoby16 dni (8 grup\*2dni\*8 godzin)8 dni (8 grup\*1 dzień\*9 godzin) |
| 2a. Oddział chemioterapii dziennej (ambulatorium) - **dla pielęgniarek** |  8 grup\*4 osoby16 dni (8 grup\*2 dni \*5 godzin) |
| 1b. Oddział chemioterapii stacjonarnej - **dla położnych** | 8 grup\*4 osoby16 dni (8 grup\*2 dni \*5 godzin) |
| 2b. Oddział ginekologii onkologicznej - **dla położnych** | 8 grup\*4 osoby16 dni (8 grup\*2 dni\* 7 godz. 30 min)  |
| 3b. Oddział chemioterapii dziennej (ambulatorium)- **dla położnych** |  (8 grup\*4 osoby)8 dni (8 grup\*1 dzień \* 10 godzin) |
| Nazwa i adres placówki, w której będą realizowane zajęcia stażowe | 1a. Oddział chemioterapii albo oddział onkologii stacjonarnej - **dla pielęgniarek)** |  |
| 2a. Oddział chemioterapii dziennej (ambulatorium) - **dla pielęgniarek** |  |
| 1b. Oddział chemioterapii stacjonarnej - **dla położnych** |  |
| 2b. Oddział ginekologii onkologicznej - **dla położnych** |  |
| 3b. Oddział chemioterapii dziennej (ambulatorium)- **dla położnych** |  |
| Informacje o osobach oddelegowanych przez Wykonawcę/Oferenta do realizacji zajęć | **Imię i nazwisko osoby oddelegowanej w imieniu Oferenta do realizacji zajęć** | **Doświadczenie w pełnieniu funkcji opiekuna stażu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (stosowna informacja powinna znaleźć się w załączniku 3)** |
| 1a. Oddział chemioterapii albo oddział onkologii stacjonarnej - **dla pielęgniarek)** |  |  0 - 50 dni 101 – 150 dni 51 - 100 dni powyżej 150 dni |
| 2a. Oddział chemioterapii dziennej (ambulatorium) - **dla pielęgniarek** |  |  0 - 50 dni 101 – 150 dni 51 - 100 dni powyżej 150 dni |
| 1b. Oddział chemioterapii stacjonarnej - **dla położnych** |  |  0 - 50 dni 101 – 150 dni 51 - 100 dni powyżej 150 dni |
| 2b. Oddział ginekologii onkologicznej - **dla położnych** |  |  0 - 50 dni 101 – 150 dni 51 - 100 dni powyżej 150 dni |
| 3b. Oddział chemioterapii dziennej (ambulatorium)- **dla położnych** |  |  0 - 50 dni 101 – 150 dni 51 - 100 dni powyżej 150 dni |
| Cena usługi (do dwóch miejsc po przecinku) | Cena brutto za 1 dzień realizacji zajęć stażowych dla kursu specjalistycznego „Opieka pielęgniarska nad chorym dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów” dla pielęgniarek i położnych …………………zł słownie: ............................................................................................................... Liczba dni: …….…, razem (cena brutto za 1 dzień realizacji stażu \*liczba dni)…………………..zł słownie: ............................................................................................................... |
| Załączniki | 1. CV Oferenta lub osób oddelegowanych w imieniu Oferenta do realizacji zajęć.
2. Liczba dni, podczas których sprawowana była funkcja opiekuna zajęć stażowych kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych(załącznik nr 3).
3. Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych (załącznik nr 4).
4. Dokument stwierdzający status prawny Wykonawcy (odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej) – jeśli dotyczy.
5. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób oddelegowanych w imieniu Oferenta do realizacji zajęć.
6. Pełnomocnictwo – jeśli dotyczy.
7. Kopia umowy z placówką ochrony zdrowia na realizację zajęć stażowych w lokalizacjach i na oddziałach wskazanych w ofercie – jeśli dotyczy.
 |
| Oświadczenia | 1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego **nr** **11/BYD/OPCD/5.4/staż**  i akceptuję jego treść.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z załącznikiem nr 1a do zapytania ofertowego **nr** **11/BYD/OPCD/5.4/staż.**
3. Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
4. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonania zamówienia.
5. 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 opiekuna zajęć stażowych kursu/kursów, których dotyczy oferta, a dane zawarte w CV są zgodne z prawdą.
 |
| Data, podpis/ pieczęć |  |