*Załącznik nr 1 do ZO-37/19/BD.*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dotyczy usługi opracowania merytorycznego materiałów edukacyjnych na potrzeby szkolenia stacjonarnego dla lekarzy i pielęgniarek w ramach programu „Nie trać głowy – program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi ”.**

1. **Ofertę SKŁADA**:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| wpisany do: | Rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy ……………………...…………….. pod nr KRS .....................  ***miejsce pobrania/uzyskania ww. dokumentu bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych lub wykorzystania dokumentu złożonego do innego postępowania prowadzonego przez Zamawiającego*:**  **..................................................................................................**  lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej .................................................................  ***miejsce pobrania/uzyskania ww. dokumentu bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych lub wykorzystania dokumentu złożonego do innego postępowania prowadzonego przez Zamawiającego*:**  **..............................................................................................** |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Adres: |  |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| e-mail: |  |
| Osoba do kontaktów: e-mail, telefon |  |

1. **OFERTA WYKONAWCY**
2. Oferuję(-jemy) realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami zawartymi w Zapytaniu Ofertowym za **łączną kwotę:**

**netto: ……………………………….PLN**

słownie: ………………………………………………………………………………………………………………………………

**brutto: ……………………………….PLN**

słownie: ………………………………………………………………………………………………………………………………

w tym:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zadania** | **Kwota netto PLN** | **Kwota Brutto PLN** |
| **Zadanie 1a i 1b** |  |  |
| **Zadanie 2a i 2b** |  |  |

1. **DOŚWIADCZENIE, KWALIFIKACJE ZAWODOWE OSOBY WYZNACZONEJ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Oświadczam, iż doświadczenie w opiece pielęgniarskiej w zakresie zadań 1a i 1b wynosi

powyżej 7-15 lat ………….

powyżej 15 lat …………….

Oświadczam, iż doświadczenie w wykonywaniu zabiegów laryngologicznych u pacjentów onkologicznych w zakresie zadań 2a i 2b wynosi:

powyżej 7-15 lat …………….

powyżej 15 lat ……………….

I**V. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam/y, że uzyskaliśmy wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczam/y, że kwota brutto wymieniona w ofercie Wykonawcy, obejmuje wszelkie koszty Wykonawcy związanie z realizacją przedmiotu zamówienia, którego dotyczy Zapytanie ofertowe.
3. Oświadczam/y, że dysponujemy potencjałem technicznym, organizacyjnym i kadrowym, odpowiednim do realizacji zamówienia oraz spełniamy wszystkie wymagania prawne niezbędne do prowadzenia działalności będącej przedmiotem zamówienia.
4. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym i nie wnosimy do niego zastrzeżeń, akceptując wszystkie postanowienia w nim zawarte oraz uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia do przygotowania oferty.
5. Wszystkie dane zawarte w mojej ofercie są zgodne z prawdą i aktualne w chwili składania oferty.

……………………………….. ……………………………………..

*miejscowość, data, podpis i pieczątka imienna*

*pieczęć firmowa wykonawcy osoby upoważnionej*