Znak: OEBR-0700-3-15/17

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego:

…………………………………..

 (pieczęć Wykonawcy)

 ........................, dnia................r.

FORMULARZ OFERTOWY

do zamówienia:

**Nr NPZ.CO3\_2017\_Szkolenia\_dla\_personelu\_medycznego\_oraz\_niemedycznego
pt. „Szkolenia dla personelu medycznego oraz niemedycznego – kontakt z pacjentem cierpiącym na zaburzenie psychiczne oraz jego rodziną”**

1. **Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa: …………………………………………………………………………………….………….

Siedziba: ………………………………………………………………………………..……………...

Nr telefonu/faks: ……………………………………………………………………….…………………….….

adres e-mail: ………………………………………………………………………………………………….

NIP: ………………………………………………………………………………………….……….

REGON: ………………………………………………………………………………………………….

Adres korespondencyjny ………………………………………………………………………………….….………..

Nazwisko osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy: ……………..…………….………..…

1. **Zobowiązanie Wykonawcy :**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe z dnia 2.02.2018 r. na **świadczenie kompleksowej usługi organizacji spotkań szkoleniowych w Tarnowie w ramach realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego** dla realizacji projektu pn.: „Szkolenia dla personelu medycznego oraz niemedycznego – kontakt z pacjentem cierpiącym na zaburzenie psychiczne oraz jego rodziną”

**oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę brutto:**

**1) Udostępnienie sali szkoleniowej z multimediami za jeden dzień szkoleniowy (9.00-18.00**)

…………………………zł …………gr. brutto

słownie: …………………………………………………......................................................................................

**oraz**

**2) Usługa cateringowa (serwis kawowy+lunch) na rzecz jednego uczestnika szkolenia**

…………………………zł …………gr. brutto

słownie: …………………………………………………......................................................................................

1. **Oferta: całościowa / częściowa\* tj. wybrane terminy szkoleń, z uwagi na brak możliwości jednoczesnego udostępnienia kilku sal szkoleniowych**  *[\* właściwe zaznaczyć]*

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr szkolenia** | **nazwa grupy zawodowej szkoleń** | **data szkolenia** | **Oferta Wykonawcy**  |
| **Należy wpisać w pozycjach:****TAK-**udostępniam **lub** **NIE-**udostępniam | **Adres lokalizacji szkolenia** |
| 1/Tarnów/małopolskie | lekarze | 09-10.03.2018 |  |  |
| 2/Tarnów/małopolskie | pielęgniarki/pielęgniarze | 09-10.03.2018 |  |  |
| 3/Tarnów/małopolskie | pracownik rejestracji | 09-03-2018 |  |  |
| 4/Tarnów/małopolskie | farmaceuta | 10-03-2018 |  |  |
| 5/Tarnów/małopolskie | pielęgniarki/pielęgniarze | 30-31.03.2018 |  |  |
| 6/Tarnów/małopolskie | farmaceuta | 14-04-2018 |  |  |
| 7/Tarnów/małopolskie | pielęgniarki/pielęgniarze | 8-09.06.2018 |  |  |
| 8/Tarnów/małopolskie | pielęgniarki/pielęgniarze | 22-23.06.2018 |  |  |
| 9/Tarnów/małopolskie | lekarze | 27-28.07.2018 |  |  |
| 10/Tarnów/małopolskie | pielęgniarki/pielęgniarze | 27-28.07.2018 |  |  |
| 11/Tarnów/małopolskie | pracownik rejestracji | 03-08-2018 |  |  |
| 12/Tarnów/małopolskie | farmaceuta | 04-08-2018 |  |  |
| 13/Tarnów/małopolskie | lekarze | 12-13.10.2018 |  |  |
| 14/Tarnów/małopolskie | pielęgniarki/pielęgniarze | 12-13.10.2018 |  |  |
| 15/Tarnów/małopolskie | pracownik rejestracji | 12-10-2018 |  |  |
| 16/Tarnów/małopolskie | farmaceuta | 13-10-2018 |  |  |

1. **Opis doświadczenia Wykonawcy w świadczeniu usług cateringowych na rzecz zorganizowanej grupy liczącej co najmniej 15 osób:**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Opis dotyczący podleganiu oferty dodatkowym kryteriom premiującym***[Wypełniają wyłącznie Wykonawcy, którzy:*
* *prowadzą zakład pracy chronionej,*
* *których działalność, lub działalność ich wyodrębnionych organizacyjnie jednostek, które będą realizowały zamówienie, obejmuje społeczną i zawodową integrację osób będących członkami grup społecznie marginalizowanych,*
* *zatrudniają osoby z niepełnosprawnością, bezrobotne lub osoby o których mowa w przepisach o zatrudnieniu socjalnym]*

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Opis sali szkoleniowej (wraz z adresem i danymi kontaktowymi) na co najmniej 18 osób wraz z zapleczem technicznym**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Oświadczenia Wykonawcy:**
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią zapytania ofertowego i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.
3. Oświadczamy, że w cenie naszej zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
4. Oświadczamy, że przedmiot niniejszego zamówienia realizować będziemy zgodnie z wymaganiami Zamawiającego w okresie przez niego wskazanym,
5. Oświadczamy, że posiadamy niezbędną wiedzę oraz dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym i organizacyjnym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
6. Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej świadczenie usługi.

**Integralną częścią złożonej oferty stanowią następujące dokumenty**

*[ należy odpowiednio dołączyć: wypis z właściwego rejestru potwierdzający prowadzenie działalności gospodarczej oraz prawo do występowania w imieniu Wykonawcy – osoby prawnej, a w przypadku pełnomocników – również pełnomocnictwo do występowania w imieniu Wykonawcy, oraz dokumenty potwierdzające informacje wymienione w pkt 4 Oferty Wykonawcy]*

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

*…...................................................*

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)