*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego - modyfikacja*

 **FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Przedmiot zamówienia*** | **SZKOLENIA DLA PRACOWNIKÓW SZPITALA****W RAMACH PROGRAMU „DOSTĘPNOŚĆ PLUS DLA ZDROWIA”** |
| ***Zamawiający*** | ***Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica; 64–920 Piła, ul. Rydygiera 1*** |
| ***WYKONAWCA******adres,******telefon******NIP******REGON******e-mail*** |  |
| ***Oferowana wartość******za wykonanie zadania******zgodnie z formularzem cenowym\**** *(podlega ocenie)* | **wartość brutto:** VAT %:  |
| ***Termin płatności*** | **60** **dni** |
| ***Termin realizacji zamówienia*** | **25 dni od daty podpisania umowy** |
| ***Oświadczamy, że:*** |
| * zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego żadnych uwag oraz uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty.
* w przypadku wybrania naszej oferty, jako najkorzystniejszej, zobowiązujemy się do zawarcia pisemnej umowy w terminie i w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz na warunkach określonych we wzorze umowy.
* czujemy się związani ofertą przez okres 30 dni, licząc od upływu składania ofert
* zapoznaliśmy się z projektem umowy i nie wnosimy zastrzeżeń, co do jej treści
* cena brutto podana w niniejszym formularzu zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty
* zapoznaliśmy się z informacją RODO
 |
| * **nie podlegam wykluczeniu z art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2022 poz. 835).**
* **dysponujemy co najmniej dwiema osobami zaliczanymi do kadry szkoleniowej, które posiadają odpowiednie certyfikaty trenerskie**
* **posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności związanej z przedmiotem zamówienia, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania**
 |

**ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:**

1. zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
2. osoby, które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy:

|  |
| --- |
|  |

1. osobą odpowiedzialną za realizację umowy jest:

|  |
| --- |
|  |

 Telefon, e-mail:

|  |
| --- |
|  |

Oświadczamy, iż powyższe zamówienie: *w całości zrealizujemy sami / zrealizujemy przy udziale podwykonawcy*: …………………………………. (niepotrzebne skreślić lub usunąć)

**\* FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Asortyment** | **Ilość osób** | **Cena zł netto** | **Wartość zł netto** | **% VAT** | **Wartość zł brutto** |
| 1 | Komunikacja z osobami w kryzysie zdrowia psychicznego - | 15 |  |  |  |  |
| 2 | Znajomość podstaw języka migowego | 30 |  |  |  |  |
| 3 | Komunikacja przestrzenna (rozwiązania architektoniczne "bez barier”) – kadra zarządzająca | 1 |  |  |  |  |
| 4 | Komunikacja przestrzenna (rozwiązania architektoniczne "bez barier”) – pozostali pracownicy | 4 |  |  |  |  |
| 5 | Kompetencje społeczne w obszarze komunikacji warsztaty z motywowania pracowników do podejmowania działań na rzecz osób z niedoskonałościami) – kadra zarządzająca | 1 |  |  |  |  |
| 6 | Kompetencje społeczne w obszarze komunikacji ( warsztaty z motywowania pracowników do podejmowania działań na rzecz osób z niedoskonałościami) – pozostali pracownicy | 4 |  |  |  |  |
| **Wartość razem netto / brutto =** |  |  |  |

***Formularz ofertowy należy podpisać podpisem elektronicznym: kwalifikowanym, zaufanym lub osobistym bądź wydrukowany dokument podpisać własnoręcznie, zeskanować - załączyć do oferty poprzez platformę zakupową.***