Realizacja Programu Rozwojowego w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym   
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu’’ - realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Umowa nr: POWR.05.03.00-00-0005/15-00 z dnia 10 marca 2016r.

**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ OFERTY**

**Nazwa Oferenta (Imię Nazwisko) …………………………………………………………………………………………………**

**Siedziba Oferenta (Adres) ……………………………………………………………………………………………………………**

**Adres do korespondencji .……………………………………………………………………………………………………………**

**Nr telefonu. ………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Adres e-mail ………………………………………………………………………………………………………………………………**

**NIP …………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**REGON ……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Oferta skierowana do:**

**Uniwersytet Medyczny w Poznaniu**

UL. Fredry 10, 61-701 Poznań,

Tel. 61/854 60 53

**na udział w zajęciach dydaktycznych** dla studentów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu **w roli Pacjenta Symulowanego**, w związku z realizacją projektu pn,,Realizacja Programu Rozwojowego   
w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego   
w Poznaniu’’ - realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Umowa nr: POWR.05.03.00-00-0005/15-00 z dnia 10 marca 2016r.

**Oferuję wykonanie zamówienia** na następujących warunkach cenowych:

………………………………………….. zł brutto za jedną godzinę[[1]](#footnote-1)

(słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………... zł brutto za jedną godzinę)

Proponowana cena uwzględnia wszystkie składniki i inne należności budżetowe, które mogą wyniknąć z realizacji zlecenia.

**Jestem gotowy/a do przepracowania:**

**minimum** …………….… (słownie: …………….…….) godzin w miesiącu w ramach zlecenia

**oraz dodatkowo** ………………………. (słownie: ………………….) godzin.

Równocześnie oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:

1. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam w pełni z praw publicznych.
2. Nie zostałem/am skazany/a prawomocnym wyrokiem za przestępstwa popełnione umyślnie (w tym przestępstwa skarbowe).
3. Nie jest prowadzone wobec mnie postępowanie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwa skarbowe.
4. Nie jestem związany/a z Zamawiającym osobowo i kapitałowo, przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem   
   i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:
   1. Uczestniczeniu w spółce, jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej.
   2. Posiadaniu, co najmniej 10% udziałów lub akcji.
   3. Pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika.
   4. Pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
5. Zostałem/am zakwalifikowany/a do Programu Standaryzowanego Pacjenta :
   1. Uczestniczyłem/am w procesie rekrutacji do Programu.
   2. Odbyłem/am część aktorską szkolenia skierowanego do kandydatów na Standaryzowanych Pacjentów, uzyskałem/am Certyfikat.
6. Przyjmuję do wiadomości, że:

* Administratorem danych, zobowiązanym do zapewnienia, aby przetwarzanie moich danych osobowych odbywało się zgodnie z przepisami jest Uniwersytet Medyczny   
  im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Fredry 10, 61-701 Poznań
* Administrator danych powołał inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez adres e-mail: abi.ump@ump.edu.pl;
* dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO, w celu przeprowadzenia postępowania,
* na wykonanie zadania określonego w zapytaniu ofertowym oraz – w przypadku wybranej oferty - w celu realizacji przedmiotu zamówienia;
* podanie danych osobowych jest dobrowolne, a ewentualne konsekwencje niepodania danych to nierozpatrzenie oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego   
  w trybie zapytania ofertowego;
* dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa, w szczególności moje dane osobowe będą udostępnione osobom lub podmiotom, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania   
  w oparciu o Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz. 1986r. ze zm.)
* dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wyżej określonych celów;
* posiadam prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych, a także prawo do przenoszenia danych. Zdaję sobie jednak sprawę, że moje uprawnienia mogą być ograniczone przez szczególne przepisy prawa;
* decyzje w mojej sprawie nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, a dane osobowe nie będą poddawane profilowaniu;
* mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia oraz z Regulaminem Programu „Pacjent Standaryzowany” i akceptuję ich treść bez zastrzeżeń.

1. Uważam się za związanego/-ą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składnia ofert.
2. Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 par. 1 Kodeksu Karnego   
   za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

…………………………………

(data, czytelny podpis)

1. jako jedną godzinę należy rozumieć godzinę lekcyjną, tj. trwającą 45 minut zegarowych. [↑](#footnote-ref-1)