**Załącznik nr 1A do SIWZ**

**D10.251.62.C.2020**

**………………………………….2020**

…………………………………………..

Nazwa Wykonawcy

**Dla**

**Copernicus Podmiot**

**Leczniczy Sp. z o. o. w Gdańsku**

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Zadanie 1***KONSULTANT MERYTORYCZNY/członek Rady Naukowej ds. Oceny i Ewaluacji/WYKŁADOWCA* |
| **Nr części** | **1****Usługa** | **2****Cena brutto za** **1 godzinę** | **3****Liczba godzin** | **4****Cena brutto ogółem**(poz. 2 x poz. 3) |
| 1 | Nadzór merytoryczny nad prawidłową realizacją wdrażania programu pilotażowego polityki zdrowotnej pn. Ogólnopolski program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa na terenie makroregionu północnego tj. województw: pomorskiego, warmińsko-mazurskiego i kujawsko-pomorskiego  |  | **480** |  |
| 2 | Przygotowanie programu szkoleniowego, opracowanie materiałów edukacyjnych oraz prowadzenie wykładów i zajęć warsztatowych dla lekarzy i pielęgniarek medycyny pracy |  | **45** |  |
| 3 | Przygotowanie programu szkoleniowego, materiałów edukacyjnych oraz prowadzenie wykładów i zajęć warsztatowych dla pracodawców i pracowników BHP” |  | **35** |  |
| **Łączna cena brutto** |  |

……………………………………………………………..

*(data i podpis Wykonawcy)*

…………………………………………..

Nazwa Wykonawcy

|  |
| --- |
| **Zadanie 2***FIZJOTERAPEUTA DO PROWADZENIA WARSZTATÓW REHABILITACJI RUCHOWEJ* |
| **1****Usługa** | **2****Cena brutto za** **1 uczestnika** | **3****Liczba godzin** | **4****Cena brutto ogółem**(poz. 2 x poz. 3) |
| Świadczenie usług fizjoterapeuty dla uczestników projektu w formie warsztatów rehabilitacji ruchowej w ramach **I CYKLU (4 godz.)** |  | **180** |  |
| Świadczenie usług fizjoterapeuty dla uczestników projektu w formie warsztatów rehabilitacji ruchowej w ramach **II CYKLU (3 godz.)** |  | **180** |  |
| **Łączna cena brutto** |  |

……………………………………………………………..

*(data i podpis Wykonawcy)*

…………………………………………..

Nazwa Wykonawcy

|  |
| --- |
| **Zadanie 3***FIZJOTERAPEUTA DO PROWADZENIA WARSZTATÓW REHABILITACJI RUCHOWEJ* |
| **1****Usługa** | **2****Cena brutto za** **1 uczestnika** | **3****Liczba uczestników** | **4****Cena brutto ogółem**(poz. 2 x poz. 3) |
| Świadczenie usług fizjoterapeuty dla uczestników projektu w formie warsztatów rehabilitacji ruchowej w ramach **I CYKLU (4 godz.)** |  | **180** |  |
| Świadczenie usług fizjoterapeuty dla uczestników projektu w formie warsztatów rehabilitacji ruchowej w ramach **II CYKLU (3 godz.)** |  | **180** |  |
| **Łączna cena brutto** |  |

……………………………………………………………..

*(data i podpis Wykonawcy)*

…………………………………………..

Nazwa Wykonawcy

|  |
| --- |
| **Zadanie 4***FIZJOTERAPEUTA DO PROWADZENIA WARSZTATÓW REHABILITACJI RUCHOWEJ* |
| **1****Usługa** | **2****Cena brutto za** **1 uczestnika** | **3****Liczba godzin** | **4****Cena brutto ogółem**(poz. 2 x poz. 3) |
| Świadczenie usług fizjoterapeuty dla uczestników projektu w formie warsztatów rehabilitacji ruchowej w ramach **I CYKLU (4 godz.)** |  | **180** |  |
| Świadczenie usług fizjoterapeuty dla uczestników projektu w formie warsztatów rehabilitacji ruchowej w ramach **II CYKLU (3 godz.)** |  | **180** |  |
| **Łączna cena brutto** |  |

……………………………………………………………..

*(data i podpis Wykonawcy)*

…………………………………………..

Nazwa Wykonawcy

|  |
| --- |
| **Zadanie 5***FIZJOTERAPEUTA DO PROWADZENIA WARSZTATÓW REHABILITACJI RUCHOWEJ* |
| **1****Usługa** | **2****Cena brutto za** **1 uczestnika** | **3****Liczba godzin** | **4****Cena brutto ogółem**(poz. 2 x poz. 3) |
| Świadczenie usług fizjoterapeuty dla uczestników projektu w formie warsztatów rehabilitacji ruchowej w ramach **I CYKLU (4 godz.)** |  | **180** |  |
| Świadczenie usług fizjoterapeuty dla uczestników projektu w formie warsztatów rehabilitacji ruchowej w ramach **II CYKLU (3 godz.)** |  | **180** |  |
| **Łączna cena brutto** |  |

……………………………………………………………..

*(data i podpis Wykonawcy)*