**FORMULARZ OFERTOWY**

**Wykonawca :**

1. Zarejestrowana nazwa, forma prawna oraz adres Wykonawcy, a w przypadku osób fizycznych imię   
   i nazwisko oraz adres Wykonawcy:

..........................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

1. NIP: .............................. REGON: ………............. NR KRS: .................................. lub w przypadku prowadzenia jednoosobowej działalności gospodarczej oraz osób fizycznych PESEL: .............................................
2. Numer telefonu: ...................................................................................................................................
3. E-mail: ....................................................................................................................................................
4. Nr rachunku bankowego: ………………….........................................................................................

W odpowiedzi na wszczęcie postępowania, którego przedmiotem jest **usługa przeprowadzenia zajęć dla uczestników projektu studiów podyplomowych organizowanych przez Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu w związku z realizacją projektu „Wysoko wykwalifikowane kadry systemu ochrony zdrowia II”**:

* **oświadczam, że zapoznałem/-am się z dokumentacją udostępnioną przez Zamawiającego, nie wnoszę   
  do niej żadnych zastrzeżeń i uznaję się za związanego/-ą określonymi w niej postanowieniami oraz zdobyłem/-am konieczne informacje potrzebne do prawidłowego przygotowania oferty i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do wykonania zamówienia zgodnie z wymaganiami wskazanymi w zapytaniu ofertowym oraz w załącznikach do zapytania ofertowego;**
* oświadczam, że w przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w postępowaniu oraz w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
* uważam się za związanego ofertą przez okres 30dni wraz z upływem terminu składania ofert;
* oświadczam, że cena ofertowa uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, zgodnie pkt. VI ust. 4 – 7 zapytania ofertowego;
* oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskano w celu ubiegania się   
  o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[1]](#footnote-1);
* osoba wyznaczona do współpracy z Zamawiającym przy realizacji umowy:

imię i nazwisko: .............................., adres e-mail: ............................, numer telefonu: .................................,

**Oferujemy wykonanie usługi w zakresie [[2]](#footnote-2).:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **NAZWA SZKOLENIA** | **edycja wrocławska l.godzin** | **edycja białostocka l.godzin** | **Kwota brutto łącznie** | **Słownie kwota brutto łącznie** | **Kwota brutto 1 h** |
| 1 | Podstawy organizacji i zarządzania | 5 | 5 |  |  |  |
| 2 | Planowanie strategiczne | 3 | 3 |  |  |  |
| 3 | Samorządowa polityka zdrowotna | 4 | - |  |  |  |
| 4 | Struktura systemu ochrony zdrowia w Polsce | 8 | - |  |  |  |
| 5 | BiC w praktyce podmiotu leczniczego | 8 | 8 |  |  |  |
| 6 | Rachunek kosztów. Wykorzystanie programu EXCEL | 8 | 8 |  |  |  |
| 7 | Zarządzanie ryzykiem w oz. Analiza procesu | 8 | 8 |  |  |  |
| 8 | Podstawy prawne w ochronie zdrowia | 8 | 8 |  |  |  |
| 9 | Prawo pracy | 8 | 8 |  |  |  |
| 10 | Zewnętrzne źródła fin. zarządzanie projektem | 8 | 8 |  |  |  |
| 11 | Zamówienia publiczne | 8 | 8 |  |  |  |
| 12 | Ubezpieczenia na rynku usług leczniczych | 4 | 4 |  |  |  |
| 13 | Zarządzanie dokumentacją w podmiocie leczniczym | 4 | 4 |  |  |  |
| 14 | Kontraktowanie świadczeń | 4 | 4 |  |  |  |
| 15 | Systemy informatyczne w ochronie zdrowia | 8 | 8 |  |  |  |
| 16 | Zarządzanie personelem w podmiotach leczniczych. Elementy zmian | 8 | 8 |  |  |  |
| 17 | Lean management | 8 | 8 |  |  |  |
| 18 | Przeciwdziałanie korupcji | 4 | 4 |  |  |  |
| 19 | Zagraniczne modele organizacji ochrony zdrowia | 4 | - |  |  |  |
| 20 | Mapy potrzeb zdrowotnych | 8 | 8 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fakultatywne warunki udziału w postępowaniu** | |
| warunek 1:  praktyk, tj. czynny pracownik, który wykonuje pracę na podstawie umów cywilnoprawnych, umowy o pracę lub prowadzi działalność gospodarczą, posiadający co najmniej 5 letni okres doświadczenia w realizacji szkoleń skierowanych do kadry zarządzającej i administracyjnej i co najmniej 3 letni okres doświadczenia zawodowego w obszarze tematycznym szkoleń w zadaniu, na które Wykonawca składa ofertę | **☐ posiadamy**  **☐ nie posiadamy** |
| warunek 2:  praktyk, tj. czynny pracownik, który wykonuje pracę na podstawie umów cywilnoprawnych, umowy o pracę lub prowadzi działalność gospodarczą, posiadający co najmniej 5 letni okres doświadczenia w realizacji szkoleń skierowanych do kadry zarządzającej i administracyjnej i wydał min. 3 publikacje w zakresie merytorycznym przedmiotowych szkoleń | **☐ posiadamy**  **☐ nie posiadamy** |
| warunek 3:  posiada doświadczenie w realizacji szkoleń, tj. przeprowadziła min. 200 h szkoleń w zakresie merytorycznym zbliżonym do poszczególnych zagadnień określonych w zapytaniu ofertowym w okresie ostatnich 2 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie | **☐ posiadamy**  **☐ nie posiadamy** |
| warunek 4:  posiada kompetencje pedagogiczne do nauczania i uczenia dorosłych w postaci min. 6 usług szkoleniowych o zbliżonej tematyce | **☐ posiadamy**  **☐ nie posiadamy** |

*Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym oświadczeniu są aktualne na dzień składania ofert i są zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego   
w błąd przy przedstawieniu informacji, prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego*

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

...............................................................

Podpis czytelny (lub podpis nieczytelny wraz z pieczątką imienną) osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo

1. *W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)* [↑](#footnote-ref-1)
2. Cenę oferty należy obliczyć poprzez przemnożenie ceny jednostkowej (brutto = netto) za jedną godzinę szkolenia przez łączną liczbę godzin szkolenia. [↑](#footnote-ref-2)