

Projekt „Nowe czasy, nowe kompetencje – unikatowy program kształcenia podyplomowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi dla pielęgniarek i położnych w odpowiedzi na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne” dofinansowany z Funduszy Europejskich nr umowy POWR.05.04.00-00-0012/15-00.

**Nr sprawy: ZP/17/2021/3P Załącznik nr 1 do SWZ**

**Uniwersytet Medyczny w Łodzi**

**Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź**

**FORMULARZ OFERTY**

**Dane Wykonawcy:**

Wykonawca/Wykonawcy: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

REGON: …………………………… NIP: ………………………………

Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym:

………………………………………………………………………………

Nr telefonu: ………………………………………….; e-mail: ………………………………………….

Oferta w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym - art. 275 ust. 1 w związku z zamówieniami na usługi społeczne i inne szczególne usługi - art. 359 pkt 2 - ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych na:

**Przeprowadzenie zajęć stażowych (szkolenia praktycznego) na kursie specjalistycznym „Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych” w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, realizowanego w ramach projektu: „Nowe czasy, nowe kompetencje – unikatowy program kształcenia podyplomowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi dla pielęgniarek i położnych w odpowiedzi na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne.”**

oferujemy wykonanie zamówienia wg kryteriów:

**Kryterium nr 1. - Cena:**

**Cena za 1 godzinę dydaktyczną opieki nad 1 grupą brutto:** ………………………… zł,

(słownie brutto: ………………………………………………………. zł)

**Cena za 80 godzin dydaktycznych opieki nad 4 grupami brutto:** ………………………… zł [4 grupy x 20 godzin dydaktycznych = 80 godzin dydaktycznych],

(słownie brutto: ………………………………………………………. zł)

**Kryterium nr 2. - Zapewnienie przez Wykonawcę środków ochrony osobistej:**

**Wykonawca zapewnia każdemu uczestnikowi kursu środki ochrony osobistej tj. fartuch ochronny medyczny, maseczkę medyczną, przyłbicę ochronną i rękawice medyczne:**

**TAK/NIE\***

**\*** - niepotrzebne skreślić

**Oświadczenia:**

1. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminie określonym w SWZ oraz we Wzorze umowy.
2. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
3. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym ze Wzorem umowy, akceptujemy je i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.
4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres wskazany w SWZ w ust. 11.1.
5. Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienie nastąpi na zasadach opisanych we Wzorze umowy, w terminie do 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.
6. Oświadczamy, że jesteśmy **(niepotrzebne skreślić)**:
* mikroprzedsiębiorstwem (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR)
* małym przedsiębiorstwem (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR)
* średnim przedsiębiorstwem(to przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR).
1. **Podwykonawcom** zamierzam powierzyć poniżej wymienione **części zamówienia:**

*(wypełnić o ile są znani na tym etapie)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj części zamówienia | Nazwa i adres podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Zobowiązania w przypadku przyznania zamówienia:**

1. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

**Formularz oferty – zał. nr 1 do SWZ musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

**Kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty Wykonawcy.**