……………………………………….. dnia………………………………………

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa

im. J. A. Komeńskiego w Lesznie

**FORMULARZ OFERTOWY**

Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na zadanie pn.: Świadczenie usług szkoleniowych i eksperckich dla Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. J. A. Komeńskiego w Lesznie w ramach projektu pn. „Doskonalenie procesu kształcenia praktycznego na kierunku Pielęgniarstwo PWSZ im J.A. Komeńskiego w Lesznie przez wdrożenie programu rozwojowego podnoszącego kompetencje studentów z wykorzystaniem symulacji medycznej”, umowa nr POWR.05.03.00-00-0025/19 w imieniu Wykonawcy/ów:

tj……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(należy podać nazwę i adres wykonawcy )

1. Kryteria oceny ofert:
   1. **Cena wykonania zamówienia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość osób | Cena jednostkowa netto | Wartość netto (kol.3 x kol.4) | Stawka VAT (podać w % ) | Wartość podatku VAT | Wartość brutto PLN (kol. 5 + kol. 7) |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. |
| 1 | Szkolenie dla nauczycieli – zastosowanie symulacji medycznej w kształceniu studentów pielęgniarstwa | 10 |  |  |  |  |  |
| 2 | Staż dla technika symulacji medycznej i informatyka | 2 |  |  |  |  |  |
| 3 | Szkolenie praktyczne dla studentów kierunku pielęgniarstwo – podstawy symulacji medycznej | 60 |  |  |  |  |  |
| 4 | Szkolenie dla studentów kierunku pielęgniarstwo zapoznające z metodą egzaminowania OSCE | 50 |  |  |  |  |  |
| 5 | Wsparcie eksperta w zakresie opracowania scenariuszy symulacji medycznej | - |  |  |  |  |  |
|  | ***Wartość razem:*** | | |  |  |  | \* |
| \* Cena obejmuje wszelkie koszty i obciążenia związane z realizacją przedmiotu zamówienia. | | | |  |  |  |  |
| Wartość ta będzie przedmiotem oceny w kryterium " CENA" | |  |  |  |  |  |  |

* 1. **Doświadczenie zawodowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Doświadczenie instruktora w prowadzeniu kursów/szkoleń nauczania symulacji medycznej w ośrodkach akademickich | | |
| …………………………………………………….. /wpisać imię i nazwisko instruktora/ | | |
| L.p. | Doświadczenie ( od dnia - do dnia ) |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ***Razem:*** | |  |

Wykazane doświadczenie będzie przedmiotem oceny w kryterium : doświadczenie zawodowe.

* 1. **Liczba przeprowadzonych kursów/szkoleń nauczania symulacji medycznej dla kadry dydaktycznej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Liczba przeprowadzonych kursów/szkoleń nauczania symulacji medycznej dla kadry dydaktycznej | | |
| …………………………………………………….. /wpisać imię i nazwisko instruktora/ | | |
| L.p. | Temat szkolenia | Data przeprowadzonego szkolenia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ***Łączna ilość:*** | |  |

Wykazane doświadczenie będzie przedmiotem oceny w kryterium : ilość przeprowadzonych szkoleń.

1. Oświadczenie dotyczące warunków/postanowień zawartych w SWZ:
   1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią SWZ i akceptuję jej postanowienia.
   2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
   3. Oświadczam, że jestem związany z niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
   4. Wszystkie dane zawarte w mojej ofercie są zgodne z prawdą i aktualne w chwili składania oferty.
   5. W załączeniu przedkładam nw. załączniki :
2. ……………………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………………
4. ……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………

(podpis/y, pieczątki osoby/osób upoważnionych)