

## Załącznik nr 1 do Zaproszenia

### FORMULARZ OFERTOWY

#### 1. Nazwa i adres Wykonawcy:

Imię i nazwisko lub nazwa Wykonawcy: .....

Adres Wykonawcy: .....

Tel./fax Wykonawcy: .....

Adres e-mail Wykonawcy: .....

REGON: .....

NIP: .....

PESEL: .....

Nr rachunku bankowego: .....

#### 2. Nazwa i adres Zamawiającego:

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Ul. Fredry 10, 61-701 Poznań

REGON: 000288811, NIP: 777-00-03-104

**W związku Zaproszeniem do składania ofert na świadczenie usługi szkoleniowej w ramach projektu: „Podniesienie kompetencji zawodowych pracowników systemu ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży” nr umowy POWR. 05.04.00-00-0177/19-00/1208/2019/943 przedstawiam/y ofertę. Oferuję/my realizację usługi zgodnie z jej szczegółowym opisem podanym w Zaproszeniu za cenę:**

Cena jednostkowa: \_\_\_\_\_ PLN BRUTTO

za godzinę wykładową tj. 45 min

Oświadczam, że:

- zamówienie zrealizuję w terminie i na warunkach określonych w Zaproszeniu.
- zapoznałem/am się z Informacją o Zaproszeniu, nie wnoszę zastrzeżeń do jego treści oraz uzyskałem/am informacje niezbędne do przygotowania oferty,



Fundusze Europejskie  
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt pn. „Podniesienie kompetencji zawodowych pracowników systemu ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży” nr umowy POWR. 05.04.00-00-0177/19-00/1208/2019/943

- w cenę oferty zostały wliczone wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia,
- wszystkie informacje zamieszczone w ofercie i jej załącznikach są prawdziwe,
- bezwarunkowo akceptuję proponowany przez Zamawiającego wzór umowy, który zobowiązuję się podpisać w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego,
- zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji związanej z realizacją projektu wskazanej przez Zamawiającego,
- uważam się związany niniejszą ofertą przez 30 dni od ostatecznego upływu terminu składania ofert,
- jako osobę odpowiedzialną za realizację usługi wskazuję Pana/Panią  
(jeśli dotyczy): .....

.....  
data, czytelny podpis  
osoby upoważnionej do reprezentowania  
Wykonawcy