**Załącznik nr 1 do SWZ**

……………………………………

*(nazwa (firma) albo imię i nazwisko, siedziba albo miejsce zamieszkania i adres Wykonawcy)*

**OFERTA**

**do Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku**

**ul. Jana Kilińskiego 1**

**15-089 Białystok**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu na **przygotowanie i realizację zajęć dydaktycznych dla słuchaczy jednej edycji trzysemestralnych studiów podyplomowych „MBA w Ochronie Zdrowia zintegrowane z Badaniami Klinicznymi i Biobankowaniem” zgodnie z Programem studiów podyplomowych (zadania 1 – 15), z podziałem na 15 części,** oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ za **cenę za przeprowadzenie 1h dydaktycznej (45 minut):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części | Nazwa części | Cena ofertowa brutto cyfrowo PLN(za 1h dydaktyczną) | Cena ofertowa brutto słownie PLN |
|  | Zadanie 1. Przedmiot: Relacje międzynarodowe w ochronie zdrowia |  |  |
|  | Zadanie 2. Przedmiot: Przywództwo w organizacji |  |  |
|  | Zadanie 3. Przedmiot: Zarządzanie zasobami ludzkimi |  |  |
|  | Zadanie 4. Przedmiot: Negocjacje w ochronie zdrowia |  |  |
|  | Zadanie 5. Przedmiot: Ekonomia podmiotu leczniczego w aspekcie transferu nowoczesnych technologii |  |  |
|  | Zadanie 6. Przedmiot: Marketing strategiczny w ochronie zdrowia |  |  |
|  | Zadanie 7. Przedmiot: Prawne aspekty funkcjonowania podmiotu leczniczego w systemie ochrony zdrowia |  |  |
|  | Zadanie 8. Przedmiot: Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia |  |  |
|  | Zadanie 9. Przedmiot: Ekonomia ochrony zdrowia |  |  |
|  | Zadanie 10. Przedmiot: Ubezpieczenia w ochronie zdrowia |  |  |
|  | Zadanie 11. Przedmiot: Zarządzanie podmiotami leczniczymi |  |  |
|  | Zadanie 12. Przedmiot: Rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza |  |  |
|  | Zadanie 13. Przedmiot: Audyt w podmiocie leczniczym w kontekście procesu leczenia |  |  |
|  | Zadanie 14. Przedmiot: NFZ - relacje płatnik - podmiot leczniczy, kontraktowanie świadczeń |  |  |
|  | Zadanie 15. Przedmiot: Podatki w zakresie podmiotu leczniczego |  |  |

***W przypadku Wykonawcy składającego jako osoba fizyczna, wartość brutto w formularzu ofertowym oznacza łączny koszt Zamawiającego tj: płacę brutto oraz ewentualne składki na ubezpieczenia społeczne w części płaconej przez pracodawcę zgodne ze złożonym Oświadczeniem do Celów Ubezpieczeniowych.***

***UWAGA: W przypadku wyboru oferty złożonej przez osobę fizyczną, kwota brutto umowy zostanie ustalona na podstawie złożonego Oświadczenia do Celów Ubezpieczeniowych.***

1. **Oświadczamy, że** osoba skierowana do realizacji zamówienia:

*(UWAGA: TABELE NALEŻY WYPEŁNIĆ ODDZIELNIE NA KAŻDE ZADANIE / PRZEDMIOT, NA KTÓRĄ WYKONAWCA SKŁADA OFERTĘ. KAŻDA ZAŁĄCZONA TABELA POWINNA DOTYCZYĆ DOŚWIADCZENIA I KWALIFIKACJI TYLKO JEDNEGO EKSPERTA (1 OSOBY)*

|  |  |
| --- | --- |
| Część zamówienia | ……………………………………………………………….Podać nr Zadania / Nazwę przedmiotu |
| Imię i nazwisko osoby/eksperta, którym dysponuje lub będzie dysponował Wykonawca i który będzie uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia | ……………………………………………………………….Imię i nazwisko; nr telefonu |
| **Kryterium: Wykształcenie***wypełnia wykonawca zgodnie**z Częścią XVII pkt 1 ppkt c) SWZ* |
| **Wyższe**  | TAK **□** | NIE **□** |
| **Stopnień naukowy**  | TAK **□**………………………..……….Stopień naukowy; dyscyplina | NIE **□** |
| **Ukończony kierunek studiów i uczelnia** | ……. |
| **Kryterium: Doświadczenie teoretyczne i/lub praktyczne w obszarze problematyki przedmiotu\*** *wypełnia wykonawca zgodnie**z Częścią XVII pkt 1 ppkt b) SWZ* |
| **□**co najmniej **3-letnie** doświadczenie teoretyczne i/lub praktyczne w obszarze problematyki przedmiotu |  **□** co najmniej **5-letnie** doświadczenie teoretyczne i/lub praktyczne w obszarze problematyki przedmiotu | **□**co najmniej **10-letnie doświadczenie** teoretyczne i/lub praktyczne w obszarze problematyki przedmiotu |
| **Kryterium: Doświadczenie dydaktyczne\*\****wypełnia wykonawca zgodnie**z Częścią XVII pkt 1 ppkt d) SWZ* |
| **□** przeprowadzenie minimum **8 godzin** dydaktycznych w ramach realizacji programu studiów podyplomowych dedykowanych kadrze sektora ochrony zdrowia i/lub MBA dedykowanych kadrze sektora ochrony zdrowia | **□**przeprowadzenie minimum **16 godzin** dydaktycznych w ramach realizacji programu studiów podyplomowych dedykowanych kadrze sektora ochrony zdrowia i/lub MBA dedykowanych kadrze sektora ochrony zdrowia | **□**przeprowadzenie minimum **32 godzin** dydaktycznych w ramach realizacji programu studiów podyplomowych dedykowanych kadrze sektora ochrony zdrowia i/lub MBA dedykowanych kadrze sektora ochrony zdrowia |

1. **Oświadczamy,** że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i będą obowiązywały przez cały okres obowiązywania umowy.
2. W przypadku przyznania nam zamówienia zobowiązujemy się do jego zrealizowania w ramach ceny ofertowej.
3. **Oświadczamy,** że jesteśmy związani ofertą w czasie wskazanym w SWZ.
4. **Oświadczamy,** że usługę stanowiącą przedmiot niniejszego zamówienia zrealizujemy w terminie wskazanym w SWZ.
5. **Oświadczamy, że** posiadamy niezbędny potencjał ekonomiczny i techniczny oraz dysponujemy osobami niezbędnymi celem wykonania zamówienia.
6. **Oświadczamy, że** zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia (SWZ), wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.
7. **Oświadczamy, że** w przypadku przyznania nam zamówienia, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
8. **Oświadczamy, że** realizację zamówienia zamierzamy **wykonać sami/przewidujemy następujące części zamówienia powierzyć podwykonawcom2** (jeżeli dotyczy to należy wypełnić załącznik nr 7 do SWZ).
9. **Oświadczamy, że** akceptujemy warunek, że płatność za realizację usługi nastąpi wg zasad określonych we wzorze umowy.
10. **Oświadczamy, że** wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 **RODO1)** wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.**3**
11. Rodzaj wykonawcy4:

  mikroprzedsiębiorstwo

  małe przedsiębiorstwo

  średnie przedsiębiorstwo

  jednoosobowa działalność gospodarcza

  osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej

  inny rodzaj

1. **Oświadczamy**, pod groźbą odpowiedzialności karnej, iż załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 233 k.k.).
2. Nasz numer:

 **REGON.......................................... NIP: ………………………………………………………..**

 Województwo: .................................................Tel.: .......................………………………………..

Adres email: ........................................... Strona internetowa: ……………………………..

**Numer rachunku bankowego Wykonawcy, na który powinny zostać przelane środki za wykonanie usługi: ……………………………………………………………….……………………………………………….**

1. **Osoba upoważniona do kontaktów, ze strony Wykonawcy to: ........................................,**

 nr tel. ................, e-mail: ……………………………………

1. **Osoba uprawniona do podpisania umowy:**

- Imię: ………………………...., Nazwisko: ……………..…………………..

- Stanowisko: …………………....................................................

1. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

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

1. Niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane. Na okoliczność tego wykazuję skuteczność takiego zastrzeżenia w oparciu o przepisy art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1010 ze zm.) w oparciu o następujące uzasadnienie:

………………………………………………………………………………………………………….………………………………………….

1. Inne informacje Wykonawcy: ..........................................................................................................

  **(podpis(-y) uprawnionego(-ych) przedstawiciela (-li) Wykonawcy)**

**\*** należy zaznaczyć liczbę lat doświadczenia. W przypadku nie wskazania przez Wykonawcę informacji dotyczących doświadczenia, Zamawiający do oceny oferty przyjmie okres minimalny.

**\*\*** należy zaznaczyć liczbę przeprowadzonych godzin dydaktycznych. W przypadku nie wskazania przez Wykonawcę informacji dotyczących doświadczenia, Zamawiający do oceny oferty przyjmie okres minimalny.

1. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 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).

2 Niepotrzebne skreślić

3 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).

4 *Mikro przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub suma bilansowa nie przekracza 2 mln EUR. Małe przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub suma bilansowa nie przekracza 10 mln EUR. Średnie przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 mln EUR lub suma bilansowa nie przekracza 43 mln EUR*