

**Wykonawca:**

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

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

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

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

jest małym/średnim przedsiębiorcą (***niepotrzebne skreślić***)

Nr telefonu:.............................. Nr faksu : .............................. e-mail................................

**O F E R T A – wzór**

Nawiązując do ogłoszenia Nr ………………………………..składamy ofertę na usługę kompleksowej organizacji studium dla kontrolerów

**Oferuję realizację zamówienia za całkowite wynagrodzenie brutto w wysokości ............................................ zł,** (słownie złotych: …………………………………...……….……) **w tym należny podatek VAT**

**W tym wynagrodzenie z tytułu wykonanie części I wynosi…………………………………zł, (słownie złotych :……………………………..………………………………………………………)**

**W tym wynagrodzenie z tytułu wykonanie części II wynosi…………………………………zł, (słownie złotych :……………………………..………………………………………………………)**

Miejsce realizacji usługi ………………………………………………………………………………..

(proszę o podanie odległości według mapy Google)

1. **ZOBOWĄZUJEMY SIĘ** do wykonania zamówienia od dnia podpisania umowy w terminach zgodnych z SOPZ.
2. **OŚWIADCZAMY,** że niniejsza oferta jest jawna, za wyjątkiem informacji zawartych na stronach ….. , które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnodostępne.

- uważamy się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu na składanie ofert.

- w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy, zgodnie ze wzorem załączonym do ogłoszenia, z uwzględnieniem zaproponowanych danych ofertowych w terminie i miejscu określonym przez Zamawiającego.

Do oferty załączamy następujące dokumenty:

1) Wykaz Osób na dokonanie oceny ofert w kryterium „doświadczenie ekspertów”

2) ......................................................

…………………….,dnia....................

( podpis i pieczątka imienna uprawnionego

przedstawiciela Wykonawcy )

*Załącznik nr 1 do formularza ofertowego*

***Wykaz Osób***

***na dokonanie oceny ofert w kryterium „doświadczenie ekspertów”***

**CZEŚĆ I**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Imię i nazwisko osoby** | **Funkcja** | **Doświadczenie ekspertów** |
| **1** | **2** | **3** | **6** |
| 1 |  | Ekspert ds. prawnych | 🞏 nie przeprowadził kontroli  🞏 1-2 przeprowadzone kontrole  🞏 3-5 przeprowadzonych kontroli  🞏powyżej 5 przeprowadzonych kontroli |
| 2 |  | Ekspert ds. medycznych I – lekarz | 🞏 nie przeprowadził kontroli  🞏 1-2 przeprowadzone kontrole  🞏 3-5 przeprowadzonych kontroli  🞏 powyżej 5 przeprowadzonych kontroli |
| 3 |  | Ekspert ds. medycznych II – pielęgniarka | 🞏 nie przeprowadził kontroli  🞏 1-2 przeprowadzone kontrole  🞏 3-5 przeprowadzonych kontroli  🞏 powyżej 5 przeprowadzonych kontroli |
| 4 |  | Ekspert ds. kontroli | 🞏 nie przeprowadził wykładów  🞏 do 10 godz. wykładów  🞏 11-25 godz. wykładów  🞏 powyżej 26 godz. wykładów |

**CZEŚĆ II**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Imię i nazwisko osoby** | **Funkcja** | **Ilość przeprowadzonych kontroli** |
| **1** | **2** | **3** | **6** |
| 1 |  | Ekspert ds. prawnych | 🞏 nie przeprowadził kontroli  🞏 1-2 przeprowadzone kontrole  🞏 3-5 przeprowadzonych kontroli  🞏 powyżej 5 przeprowadzonych kontroli |
| 2 |  | Ekspert ds. prawnych | 🞏 nie przeprowadził kontroli  🞏 1-2 przeprowadzone kontrole  🞏 3-5 przeprowadzonych kontroli  🞏 powyżej 5 przeprowadzonych kontroli |
| 3 |  | Ekspert ds. medycznych I – lekarz | 🞏 nie przeprowadził kontroli  🞏 1-2 przeprowadzone kontrole  🞏 3-5 przeprowadzonych kontroli  🞏 powyżej 5 przeprowadzonych kontroli |
| 4 |  | Ekspert ds. medycznych I – lekarz | 🞏 nie przeprowadził kontroli  🞏 1-2 przeprowadzone kontrole  🞏 3-5 przeprowadzonych kontroli  🞏 powyżej 5 przeprowadzonych kontroli |
| 5 |  | Ekspert ds. medycznych II – pielęgniarka | 🞏 nie przeprowadził kontroli  🞏 1-2 przeprowadzone kontrole  🞏 3-5 przeprowadzonych kontroli  🞏 powyżej 5 przeprowadzonych kontroli |
| 6 |  | Ekspert ds. medycznych II – pielęgniarka | 🞏 nie przeprowadził kontroli  🞏 1-2 przeprowadzone kontrole  🞏 3-5 przeprowadzonych kontroli  🞏 powyżej 5 przeprowadzonych kontroli |
| 7 |  | Ekspert ds. kontroli | 🞏 nie przeprowadził kontroli  🞏 1-2 przeprowadzone kontrole  🞏 3-5 przeprowadzonych kontroli  🞏 powyżej 5 przeprowadzonych kontroli |
| 8 |  | Ekspert ds. kontroli | 🞏 nie przeprowadził kontroli  🞏 1-2 przeprowadzone kontrole  🞏 3-5 przeprowadzonych kontroli  🞏 powyżej 5 przeprowadzonych kontroli |

…………………………………………………………………………

*Podpis Wykonawcy albo osoby lub osób uprawionych do reprezentowania Wykonawcy*