



Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego nr WPGPO/1/2016

Formularz oferty cenowej dotyczącej pełnienia funkcji kierownika projektu

w ramach projektu „Wykwalifikowane pielęgniarki gwarancją profesjonalnej opieki”, dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Priorytet V. Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych:

Ja, niżej podpisany/a

.....
(imię i nazwisko wykonawcy)

.....
(adres zamieszkania wykonawcy)

nr telefonu

e-mail

PESEL / NIP

REGON

w odpowiedzi na Zapytanie ofertowe nr 1/2016 oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach określonych w zapytaniu cenowym (uzupełnić w zakresie części, na które składana jest oferta):

| Część przedmiotu zamówienia | Rodzaj kursu ¹ | Lokalizacja kursu | Edycja | Wymiar czasu pracy | Cena brutto za godz. ² | Wartość razem (wymiar czasu pracy x cena brutto za 1 godz.) |
|-----------------------------|---------------------------|-------------------|--------|--------------------|-----------------------------------|---|
| 1 | Ordynowanie 1 | łódzkie | 1 | 30 godz. | | |
| 2 | Ordynowanie 1 | Małopolskie | 1 | 30 godz. | | |
| 3 | Ordynowanie 1 | Pomorskie | 1 | 30 godz. | | |
| 4 | Ordynowanie 1 | Lubelskie | 1 | 30 godz. | | |
| 5 | Ordynowanie 1 | Wielkopolskie | 1 | 30 godz. | | |
| 6 | Ordynowanie 2 | łódzkie | 1 | 30 godz. | | |
| 7 | Ordynowanie 2 | Małopolskie | 1 | 30 godz. | | |
| 8 | Ordynowanie 2 | Pomorskie | 1 | 30 godz. | | |
| 9 | Ordynowanie 2 | Lubelskie | 1 | 30 godz. | | |
| 10 | Ordynowanie 2 | Wielkopolskie | 1 | 30 godz. | | |
| 11 | Geriatrya | Śląskie | 1 | 50 godz. | | |

1 Użyte oznaczenia rodzaju kursu:

Ordynowanie 1 - Kurs specjalistyczny Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych część I,

Ordynowanie 2 - Kurs specjalistyczny Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych część II,

Geriatrya - Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie Pielęgniarstwa geriatrycznego dla pielęgniarek.

2 Należy podać cenę wraz ze wszystkimi składkami pracodawcy i pracownika / podatkiem VAT (jeśli dotyczy)



| | | | | | | |
|----|-----------|---------------|---|----------|--|--|
| | | | 2 | 50 godz. | | |
| 12 | Geriatrya | łódzkie | 1 | 50 godz. | | |
| | | | 2 | 50 godz. | | |
| 13 | Geriatrya | Małopolskie | 1 | 50 godz. | | |
| | | | 2 | 50 godz. | | |
| 14 | Geriatrya | Pomorskie | 1 | 50 godz. | | |
| | | | 2 | 50 godz. | | |
| 15 | Geriatrya | Lubelskie | 1 | 50 godz. | | |
| | | | 2 | 50 godz. | | |
| 16 | Geriatrya | Wielkopolskie | 1 | 50 godz. | | |
| | | | 2 | 50 godz. | | |

Oświadczam, że:

1. zapoznałem/-am się i akceptuję warunki zawarte w Zapytaniu ofertowym,
2. uzyskałem/-am wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i realizacji przedmiotu zamówienia,
3. cena podana w ofercie obejmuje wszelkie koszty związane z powyższym zamówieniem,
4. **jestem / nie jestem**³ płatnikiem podatku VAT,
5. w przypadku uzyskania zamówienia zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego,
6. wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich badań mających na celu sprawdzenie oświadczeń, dokumentów i przedłożonych informacji oraz wyjaśnień finansowych i technicznych, przez Zamawiającego lub jego upoważnionych przedstawicieli,
7. jestem związany/a naszą ofertą przez 60 dni. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert.

Załącznikami do formularza oferty są:

1. Oświadczenia wykonawcy – zgodnie z załącznikiem nr 2 do zapytania ofertowego
2. Kwestionariusz osobowy CV według wzoru wskazanego w załączniku nr 3 wraz z kserokopiami dokumentów potwierdzającymi posiadane wykształcenie (dyplomu magistra/dyplomu specjalizacji),
3. Zaświadczenie potwierdzające staż pracy,
4. Zaświadczenie pracodawcy o aktualnym zatrudnieniu (jeśli dotyczy),
5. W przypadku ofert składanych przez osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Wykonawcy)



Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego nr WPGPO/1/2016

Oświadczenia Wykonawcy

Imię i nazwisko Wykonawcy

Adres zamieszkania

PESEL / NIP.....

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że:

1. Nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.-Prawo zamówień publicznych (j.t. Dz. U z 2010r., Nr 113, poz.759 z późn.zm.).
2. Zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (j.t. Dz. U z 2010r., Nr 113, poz.759 z późn.zm.) spełniam warunki dotyczące:
 - a. Posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
 - b. Posiadania niezbędnej wiedzy i doświadczenia.
 - c. Dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
 - d. Sytuacji ekonomicznej i finansowej.
3. Nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym – Stowarzyszeniem Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej.
Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Stowarzyszeniem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Stowarzyszenia lub osobami wykonującymi w imieniu Stowarzyszenia czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:
 - a. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
 - b. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
 - c. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
 - d. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
4. Po podpisaniu umowy z Zamawiającym moje łączne zaangażowanie zawodowe (w realizację projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i FS oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Zamawiającego i innych podmiotów) nie przekroczy 276 godzin miesięcznie.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt pn. „Wykwalifikowane pielęgniarki gwarancją profesjonalnej opieki”

5. Nie jestem zatrudniony/a w instytucji uczestniczącej w realizacji PO (rozumie się IZ PO lub instytucję, do której IZ PO delegowała zadania związane z zarządzaniem PO) na podstawie stosunku pracy chyba, że nie zachodzi konflikt interesów lub podwójne finansowanie (zgodnie z Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020).

6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Wykonawcy)



Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego nr WPGPO/1/2016

Wzór kwestionariusza osobowego – CV⁴

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia
3. Miejsce zamieszkania
4. Adres do korespondencji
5. Wykształcenie (nazwa szkoły i rok jej ukończenia, zawód, specjalność, stopień, tytuł zawodowy – naukowy)
.....
.....
.....
.....
.....
6. Wykształcenie uzupełniające (kursy, studia podyplomowe), data ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania
.....
.....
.....
.....
.....
7. Doświadczenie zawodowe
.....
.....
.....
.....
.....

⁴ Zamawiający akceptuje złożenie CV w dowolnym formacie, o ile zawarto w nim wszystkie wymagane powyższym wzorem informacje.



8. Doświadczenie dydaktyczne w dziedzinie będącej przedmiotem kursu

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

9. Inne informacje istotne w celu oceny oferty

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Wykonawcy)