



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Priorytet V. - Wsparcie dla obszaru zdrowia

Działanie 5.4. - Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych

„Podniesienie kompetencji zawodowych w zakresie chorób układu krążenia ratowników medycznych zatrudnionych w publicznym systemie ochrony zdrowia”

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTY

DANE WYKONAWCY

Nazwa:

Adres siedziby:

NIP:

DANE OSOBY KONTAKTOWEJ

Imię i nazwisko:

e-mail/ telefon:

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr **LINMED/3/2017** z dnia 2.10.2017 r. dotyczącego wyboru Wykonawcy świadczącego usługi **wynajmu Ambulansu w standardzie S** (zgodnie z ustawą o PRM) na potrzeby przeprowadzenia zajęć praktycznych realizowanych w ramach projektu pn. *„Podniesienie kompetencji zawodowych w zakresie chorób układu krążenia ratowników medycznych zatrudnionych w publicznym systemie ochrony zdrowia”*, składam poniższą ofertę:

I. WYCENA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Lp.	Usługa	Kwota (netto PLN)	Kwota (brutto* PLN)
1	Cena za 1 godzinę zegarową wynajmu Ambulansu na potrzeby przeprowadzenia zajęć praktycznych:		
2	Łączna cena wynajmu Ambulansu w ciągu 18 godzin zegarowych (tj. 2 dni szkolenia):		

*Cena brutto zawiera w sobie podatek VAT



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Wartość wynagrodzenia brutto łącznie (słownie):

.....

II. WYPOSAŻENIE AMBULANSU

WYPOSAŻENIE ZAWIERAJĄCE PRZEDMIOT ZAPYTANIA OFERTOWEGO	
DODATKOWE WYPOSAŻENIE	



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

III. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY

Oświadczam, że cena podana powyżej zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty. Deklaruję, że cena oferty za przedmiot zamówienia jest ostateczna i nie ulegnie zmianie w trakcie trwania umowy.

Oświadczam, iż uzyskałem wszelkie informacje niezbędne do przygotowania właściwej oferty.

Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej ofercie w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 roku (t.j. Dz.U. z 2002 roku Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Wykonawca oświadcza, że spełnia wszystkie warunki udziału w postępowaniu określone w zapytaniu ofertowym. Wykonawca oświadcza, że świadczone przez niego usługi spełniają wszystkie wymagania podmiotowe oraz że realizacja będzie prowadzona zgodnie z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym.

IV. WARUNKI OFERTY

Warunki i termin płatności:

Ofertę sporządził:

Data sporządzenia:

Podpis Wykonawcy:

.....

.....



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH I KAPITAŁOWYCH

Wykonawca:

Adres:.....

NIP.....

Wykonawca oświadcza, że nie jest powiązany z Zamawiającym (Maciej Liszka LINMED) oraz Partnerem (Piotr Wyrwa Centrum Szkoleń Ratowniczych) lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy osobowo lub kapitałowo, w szczególności poprzez:

- uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji;
- pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....
data

.....
Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy