



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1

**WZÓR OFERTY
W ODPOWIEDZI NA ZAPYTANIE OFERTOWE
nr 12/SDZ/MAŁOPOLSKA**

DANE OFERETNA	
Imię i nazwisko/ nazwa podmiotu:	Adres:
Telefon:	E-mail:
REGON (jeśli dotyczy):	WWW:
NIP lub PESEL:	Reprezentant: (osoba uprawniona do podpisania umowy)
OSOBA DO KONTAKTU (jeśli inna niż wymieniona powyżej)	
Imię i nazwisko:	E-mail:
Telefon:	

Należy wypełnić kwoty jedynie w przypadku składania oferty na pełnienie funkcji opiekuna stażu dla wybranego kursu lub modułu stażu (oddziału), gdzie odbywać się będą zajęcia praktyczne. Pozostałe wiersze należy wykreślić stawiając znak „X” w każdej wolnej komórce.

Kurs specjalistyczny: Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów dla pielęgniarek i położnych			
Nr	Miejsce odbywania stażu	Stawka za 1 godzinę dydaktyczną	Imię i nazwisko osoby/osób prowadzących
Moduł I	Dla pielęgniarek ODDZIAŁ CHEMIOTERAPII albo ODDZIAŁ ONKOLOGII STACJONARNEJ		
Moduł II	Dla pielęgniarek ODDZIAŁ CHEMIOTERAPII DZIENNEJ (AMBULATORIUM)		
Moduł III	Dla położnych ODDZIAŁ CHEMIOTERAPII STACJONARNEJ		
Moduł IV	Dla położnych ODDZIAŁ GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ		
Moduł V	Dla położnych ODDZIAŁ CHEMIOTERAPII DZIENNEJ (AMBULATORIUM)		

Szkoła dla zdrowia - kursy zawodowe dla pielęgniarek i położnych

nr Projektu POWR.05.04.00-00-0038/15

Oś priorytetowa V Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój Wsparcie dla obszaru zdrowia
Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Kurs kwalifikacyjny: Pielęgniarstwo geriatryczne dla pielęgniarek			
Nr	Miejsce odbywania stażu	Stawka za 1 godzinę dydaktyczną	Imię i nazwisko osoby/osób prowadzących
Moduł I	ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY		
Moduł II	ODDZIAŁ GERIATRYCZNY LUB ODDZIAŁ INTERNISTYCZNY		
Moduł III	ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY LUB ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO- OPIEKUŃCZY		
Moduł IV	ZAKŁAD OPIEKI PALIATYWNO- HOSPITACYJNEJ		

Kurs specjalistyczny: Wykonywanie badania spirometrycznego dla pielęgniarek			
Nr	Miejsce odbywania stażu	Stawka za 1 godzinę dydaktyczną	Imię i nazwisko osoby/osób prowadzących
Moduł I	PRACOWNIA BADAŃ SPIROMETRYCZNYCH DLA DOROSŁYCH		
Moduł II	PRACOWNIA BADAŃ SPIROMETRYCZNYCH DLA DZIECI		

Kurs specjalistyczny: Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi dla pielęgniarek			
Nr	Miejsce odbywania stażu	Stawka za 1 godzinę dydaktyczną	Imię i nazwisko osoby/osób prowadzących
Moduł I	ODDZIAŁ LECZENIA CHOROÓB AFEKTYWNYCH albo ODDZIAŁ OGÓLNOPSYCHIATRYCZNY		
Moduł II	ODDZIAŁ PSYCHOGERIATRYCZNY		
Moduł III	ODDZIAŁ REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ		
Moduł IV	ODDZIAŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO		

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Prowadzę działalność gospodarczą/posiadam wymagane przepisami kwalifikacje* i uprawnienia w zakresie objętym przedmiotem zamówienia.
2. Znajduję się w sytuacji finansowej i ekonomicznej zapewniającej prawidłowe wykonanie zamówienia.
3. Posiadam/nie posiadam doświadczenie w charakterze opiekuna stażu w wybranym temacie.
4. Cena oferty zawiera wszystkie niezbędne do realizacji zadania koszty.
5. Jestem związany niniejszą ofertą 30 dni.



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

6. W przypadku przyznania mi zamówienia zobowiązuje się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
7. W przypadku przyznania mi zamówienia moje łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i FS oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych i innych podmiotów, **nie przekroczy 276 godzin miesięcznie** (dotyczy osób fizycznych oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą wykonujących zamówienie osobiście).
8. Do oferty dołączam następujące dokumenty:
 - a) oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych;
 - b) pełnomocnictwo do podpisywania ofert (jeśli dotyczy);
 - c) szczegółowy Życiorys zawodowy uwzględniający informacje niezbędne do oceny oferty.

.....
(data, podpis, pieczęć)

* niepotrzebne skreślić



Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niniejszym oświadczam, że Oferent nie jest powiązany kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym, tj. Rafał Leśniak „Małopolskie Centrum Edukacji”, z siedzibą w Rabce-Zdroju, ul. Podhalańska 4

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu Beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Data, PODPIS OFERENTA

.....