



Załącznik nr 1	Zapytanie ofertowe nr: 20/2019/KIF/EFS
----------------	----------------------------------------

### FORMULARZ OFERTY

Data:	
Imię i nazwisko / Nazwa Wykonawcy:	
Adres / siedziba:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

Odpowiadając na zapytanie ofertowe dotyczące świadczenia usług w zakresie **przeprowadzenia szkoleń dla fizjoterapeutów pn. Badanie, strategię terapii i dokumentacja w fizjoterapii pulmonologiczno-kardiologicznej** przedstawiam poniżej ofertę wykonania usługi.

**Zadanie nr 1:** Przeprowadzenie szkolenia specjalistycznego w województwie mazowieckim pn. Badanie, strategię terapii i dokumentacja w fizjoterapii pulmonologiczno-kardiologicznej.

**1. Wynagrodzenie za przeprowadzenie szkolenia łącznie przez trenera prowadzącego i wspomagającego:**

Przeprowadzenie jednego szkolenia (40 godz. dydaktycznych) - ..... zł **netto**

Przeprowadzenie jednego szkolenia (40 godz. dydaktycznych) - ..... zł **brutto\***

**2. Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń /kursów z fizjoterapii trenera prowadzącego:**

Liczba przeprowadzonych kursów/szkożeń (minimum 2) - .....

**3. Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń /kursów z fizjoterapii trenera wspomagającego:**

Liczba przeprowadzonych kursów/szkożeń (minimum 1) - .....

**Zadanie nr 2:** Przeprowadzenie szkolenia specjalistycznego w województwie śląskim pn. Badanie, strategię terapii i dokumentacja w fizjoterapii pulmonologiczno-kardiologicznej.

**1. Wynagrodzenie za przeprowadzenie szkolenia łącznie przez trenera prowadzącego i wspomagającego:**

Przeprowadzenie jednego szkolenia (40 godz. dydaktycznych) - ..... zł **netto**

Przeprowadzenie jednego szkolenia (40 godz. dydaktycznych) - ..... zł **brutto\***

**2. Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń /kursów z fizjoterapii trenera prowadzącego:**

Liczba przeprowadzonych kursów/szkożeń (minimum 2) - .....



**3. Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń /kursów z fizjoterapii trenera wspomagającego:**

Liczba przeprowadzonych kursów/szkoleń (minimum 1) - .....

**Zadanie nr 3:** Przeprowadzenie szkolenia specjalistycznego w województwie pomorskim pn. Badanie, strategię terapii i dokumentacja w fizjoterapii pulmonologiczno-kardiologicznej.

**1. Wynagrodzenie za przeprowadzenie szkolenia łącznie przez trenera prowadzącego i wspomagającego:**

Przeprowadzenie jednego szkolenia (40 godz. dydaktycznych) - ..... zł **netto**

Przeprowadzenie jednego szkolenia (40 godz. dydaktycznych) - ..... zł **brutto\***

**2. Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń /kursów z fizjoterapii trenera prowadzącego:**

Liczba przeprowadzonych kursów/szkoleń (minimum 2) - .....

**3. Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń /kursów z fizjoterapii trenera wspomagającego:**

Liczba przeprowadzonych kursów/szkoleń (minimum 1) - .....

1. Ceny wskazane powyżej uwzględniają wszystkie koszty związane z realizacją umowy.
2. Ceny oferowane są cenami stałymi w okresie obowiązywania umowy.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego oraz, że przyjmuję bez zastrzeżeń wymagania zawarte w jej treści.
4. Zobowiązuje się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy w terminie wskazanym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, iż znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej wykonanie zamówienia.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oferenta lub osoby  
uprawnionej do reprezentowania oferenta

\* Cena brutto obejmuje

- w przypadku osób fizycznych: podatek oraz składki ZUS należne zarówno od pracownika jak i pracodawcy
- w przypadku Oferentów prowadzących działalność gospodarczą: podatek VAT



Załącznik nr 2:	Zapytanie ofertowe nr:	20/2019/KIF/EFS
-----------------	------------------------	-----------------

## OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCĄ

W związku ze złożeniem oferty na *Przeprowadzenie szkoleń dla fizjoterapeutów pn. Badanie, strategię terapii i dokumentacja w fizjoterapii pulmonologiczno-kardiologicznej*, realizowanych w ramach Projektu „Podniesienie kompetencji zawodowych fizjoterapeutów, zatrudnionych w publicznym systemie ochrony zdrowia” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,

### **oświadczam, iż nie jestem/jestem\***

powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

- a) uczestniczeniu w spółce jako współlnik 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 (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.

\* wybrać właściwe

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis oferenta lub osoby  
uprawnionej do reprezentowania oferenta



<b>Załącznik nr 3</b>	<b>Zapytanie ofertowe nr: 20/2019/KIF/EFS</b>
-----------------------	-----------------------------------------------

**WYKAZ DOKUMENTUJĄCY POSIADANĄ WIEDZĘ I DOŚWIADCZENIE NIEZBĘDNE DO WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

**Oświadczam, że:**

**1. Osoba skierowana do pełnienia funkcji trenera prowadzącego posiada:**

Imię i nazwisko	
Nr prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty	

Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń/kursów z zakresu fizjoterapii o tematyce zgodnej z przedmiotem zamówienia:

Lp.	Odbiorca prac (nazwa instytucji)	Termin realizacji szkolenia	Nazwa szkolenia lub kursu	Liczba godzin przypadająca na szkolenie	Liczba uczestników szkolenia	Zadanie nr (proszę wskazać nr zadania, na które Wykonawca składa ofertę)

**2. Osoba skierowana do pełnienia funkcji trenera wspomagającego posiada:**

Imię i nazwisko	
Nr prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty	

Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń/kursów z zakresu fizjoterapii o tematyce zgodnej z przedmiotem zamówienia.

Lp.	Odbiorca prac (nazwa instytucji)	Termin realizacji szkolenia	Nazwa szkolenia lub kursu	Liczba godzin przypadająca na szkolenie	Liczba uczestników szkolenia	Zadanie nr (proszę wskazać nr zadania, na które Wykonawca składa ofertę)



Załącznikami do niniejszej oferty jest:

1. Skan/kopie dokumentów potwierdzających posiadanie wskazanego tytułu zawodowego.
2. Dowody potwierdzające należyte wykonanie usług uwzględnionych w wykazie.

Oświadczam, iż informacje zawarte w niniejszej ofercie są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/a odpowiedzialności prawnej dotyczącej poświadczania nieprawdy co do okoliczności mającej znaczenie prawne.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis oferenta lub osoby  
uprawnionej do reprezentowania oferenta