Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY

 **Szkolenia w ramach projektu pn. „Utworzenie Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej środkiem do poprawy jakości kształcenia pielęgniarek w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Głogowie”**

Znak sprawy:

**I.**

**Nazwa Wykonawcy:**

**Adres Wykonawcy:**

ul.: nr budynku:

kod pocztowy: miejscowość:

Tel.: Fax.:

e-mail: województwo:

NIP: REGON:

Numer właściwego rejestru lub numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej:

KRS

1. **Kryterium: cena** *(cena zawiera wszystkie koszty związane z organizacją szkoleń )*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Cena jednostkowa brutto w PLN****za 1 osobę** | **Liczba uczestników** | **Cena oferty brutto****w PLN** | **Stawka VAT** |
|  | 1 | 2 | (kol. 1 x 2) | 3 |
| Szkolenie 1. Praktyczne zajęcia symulacyjne w ośrodku symulacji medycznej. |  | **6** |  |  |
|  Szkolenie 2. Instruktor symulacji niskiej wierności. |  | **6** |  |  |
| Szkolenie 3.Instruktor symulacji w przedmiotach specjalistycznych w pielęgniarstwie. |  | **6** |  |  |
| Szkolenie 4. Instruktor symulacji wysokiej wierności. |  | **6** |  |  |
| Szkolenie 5. Przygotowanie i prowadzenie egzaminu OSCE. |  | **6** |  |  |
| Szkolenie 6**.** Szkolenie dla nauczycieli przedmiotów uczelni pielęgniarskiej chcących wprowadzić metody symulacji medycznej. |  | **6** |  |  |
| Szkolenie 7. Szkolenie dla pacjentów standaryzowanych  |  | **3** |  |  |
| Szkolenie 8. Zarządzanie centrum symulacji w praktyce. |  | **3** |  |  |
| Szkolenie 9. Praktyczne zastosowanie technik informatycznych w centrum symulacji medycznej |  | **2** |  |  |
| Szkolenie 10. Technik symulacji medycznej |  | **1** |  |  |
| Szkolenie 11. Podniesienie jakości kształcenia poprzez psychologiczny wpływ kształcenia symulacyjnego |  | **6** |  |  |
| Szkolenie 12. „Konferencja Szkoleniowa Symulacja Medyczna nową metodą kształcenia pielęgniarek i położnych” |  | **3** |  |  |
| Szkolenie 13. Warsztaty symulacyjne interdyscyplinarne (podn. komp. w zakresie zmien. się trendów epidemiologicznych i demograficznych). |  | **24** |  |  |
| Szkolenie 14: Pkt. 1 Szkolenie z zakresu efektów kształcenia I roku studiów, symulacja niskiej wierności (NW) |  | **58** |  |  |
| Szkolenie 14: Pkt. 2 Szkolenie z zakresu efektów kształcenia I roku studiów, symulacja pośredniej wierności (PW) |  | **58** |  |  |
| Szkolenie 14: Pkt. 3 Szkolenie zapoznające z metodą egzaminów OSCE |  | **58** |  |  |
| Szkolenie 14: Pkt. 4 Wynagrodzenie instruktora w ramach realizacji zajęć metodami symulacyjnymi |  | **360 godzin** |  |  |
| **RAZEM (suma poz. 1 -14)**  |

**Wykonanie przedmiotu zamówienia oferuję za kwotę …………………….. brutto (słownie: ………………………………………….. złotych brutto).**

**Oświadczam, że dysponuję Centrum Symulacji Medycznej (CSM) spełniającym wymogi wskazane w SWZ oraz w Opisie Przedmiotu Zamówienia stanowiącym załącznik nr 2 do SWZ. Oświadczam, że adres CSM, w którym będą przeprowadzone szkolenie to** **:**

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

**Podstawa prawna dysponowania CSM przez Wykonawcę to:**

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

**Oświadczam, że dysponuję elektroniczną bazą scenariuszy symulacyjnych dla kierunku pielęgniarstwo zgodną z wymogami wskazanymi w SWZ oraz w Opisie Przedmiotu Zamówienia stanowiącym załącznik nr 2 do SWZ.**

**Uwaga**

-Stawka zwolniona z podatku VAT na podstawie na podstawie § 43 ust. 1 pkt. 29 lit. C Ustawy z dnia 11.03.2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2020 r. poz. 106 tj.)

-W przypadku Wykonawcy niebędącego podatnikiem podatku VAT, należy podać ostateczną cenę uwzględniającą wszystkie elementy cenotwórcze oraz obciążenia wynikające
z obowiązujących przepisów prawa w tym właściwe podatki, ubezpieczenia społeczne
i zdrowotne (jeśli dotyczy – cena winna również obejmować obowiązkowe obciążenia pracodawcy).

**2. Kryterium : Doświadczenie osób w prowadzeniu Szkoleń**

Oświadczam, iż skierowana do realizacji zamówienia :

1 osoba …………………………. *(wskazać imię i nazwisko),* przeprowadziła następującą ilość szkoleń *(zgodnych z tematem opisanym w VII SWZ – oznaczone (kryterium punktowane).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba szkoleń punktowana** | **Liczba szkoleń osoby**  | **Liczba punktów** |
| **4 szkolenia** |  | **0 pkt.** |
| **5-9 szkoleń** |  | **3 pkt.** |
| **10 i więcej szkoleń** |  | **5 pkt.** |

Oświadczam, iż skierowana do realizacji zamówienia:

2 osoba ……………………………… *(wskazać imię i nazwisko),* przeprowadziła następującą ilość szkoleń *(zgodnych z tematem opisanym w rozdziale VII SWZ
 – oznaczone (kryterium punktowane).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba szkoleń punktowana** | **Liczba szkoleń osoby**  | **Liczba punktów** |
| **4 szkolenia** |  | **0 pkt.** |
| **5-9 szkoleń** |  | **3 pkt.** |
| **10 i więcej szkoleń** |  | **5 pkt.** |

Oświadczam, iż skierowana do realizacji zamówienia:

3 osoba ……………………………………. *(wskazać imię i nazwisko),* przeprowadziła następującą ilość szkoleń *(zgodnych z tematem opisanym w rozdziale VII SWZ – oznaczone (kryterium punktowane).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba szkoleń punktowana** | **Liczba szkoleń osoby**  | **Liczba punktów** |
| **4 szkolenia** |  | **0 pkt.** |
| **5-9 szkoleń** |  | **3 pkt.** |
| **10 i więcej szkoleń** |  | **5 pkt.** |

Oświadczam, iż skierowana do realizacji zamówienia:

4 osoba ………………………………………. *(wskazać imię i nazwisko),* przeprowadziła następującą ilość szkoleń *(zgodnych z tematem opisanym w rozdziale VII SWZ– oznaczone (kryterium punktowane).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba szkoleń punktowana** | **Liczba szkoleń osoby**  | **Liczba punktów** |
| **4 szkolenia** |  | **0 pkt.** |
| **5-9 szkoleń** |  | **3 pkt.** |
| **10 i więcej szkoleń** |  | **5 pkt.** |

Oświadczam, iż skierowana do realizacji zamówienia:

5 osoba ………………………………………….*(wskazać imię i nazwisko),* przeprowadziła następującą ilość szkoleń *(zgodnych z tematem opisanym w rozdziale VII SWZ – oznaczone (kryterium punktowane).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba szkoleń punktowana** | **Liczba szkoleń osoby**  | **Liczba punktów** |
| **4 szkolenia** |  | **0 pkt.** |
| **5-9 szkoleń** |  | **3 pkt.** |
| **10 i więcej szkoleń** |  | **5 pkt.** |

Oświadczam, iż skierowana do realizacji zamówienia:

6 osoba ………………………………… *(wskazać imię i nazwisko),* przeprowadziła następującą ilość szkoleń *(zgodnych z tematem opisanym w rozdziale VII SWZ – oznaczone (kryterium punktowane).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba szkoleń punktowana** | **Liczba szkoleń osoby**  | **Liczba punktów** |
| **4 szkolenia** |  | **0 pkt.** |
| **4-9 szkoleń** |  | **3 pkt.** |
| **10 i więcej szkoleń** |  | **5 pkt.** |

Oświadczam, iż skierowana do realizacji zamówienia:

7 osoba (psycholog) ………………………………….. *(wskazać imię i nazwisko),* przeprowadziła następującą ilość szkoleń *(zgodnych z tematem opisanym w rozdziale VII SWZ– oznaczone (kryterium punktowane).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba szkoleń punktowana** | **Liczba szkoleń osoby**  | **Liczba punktów** |
| **4 szkolenia** |  | **0 pkt.** |
| **5-9 szkoleń** |  | **3 pkt.** |
| **10 i więcej szkoleń** |  | **5 pkt.** |

Oświadczam, iż skierowana do realizacji zamówienia:

8 osoba – (technik) …………………………………..*(wskazać imię i nazwisko),* przeprowadziła następującą ilość szkoleń *(zgodnych z tematem opisanym w rozdziale VII SWZ – oznaczone (kryterium punktowane).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba szkoleń punktowana** | **Liczba szkoleń osoby**  | **Liczba punktów** |
| **4 szkolenia** |  | **0 pkt.** |
| **5-9 szkoleń** |  | **3 pkt.** |
| **10 i więcej szkoleń** |  | **5 pkt.** |

Uwaga !

Należy wypełnić odpowiednią rubrykę. W przypadku braku wskazania „Kryterium - Doświadczenie osoby
w prowadzeniu Szkoleń” oferta otrzyma odpowiednio mniejszą ilość punktów. W przypadku nie podania wymaganej minimalnej liczby 8 osób wskazanych do realizacji zamówienia spełniających wymagania minimalne, oferta zostanie odrzucona.

 **II. Oświadczenia:**

1. Zapoznałem/-am się i w pełni oraz bez żadnych zastrzeżeń akceptuję treści SWZ wraz
 z załącznikami, z wyjaśnieniami i zmianami;

2.Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami zapisanymi w SWZ i jego załącznikach;

3. W pełni i bez żadnych zastrzeżeń akceptuję warunki projektu umowy na wykonanie zamówienia zapisane w SWZ wraz z załącznikami i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na proponowanych w nim warunkach, w miejscu
 i terminie wskazanym przez Zamawiającego;

4.Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu oświadczenia składam ze świadomością odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń w celu uzyskania korzyści majątkowych;

5. Akceptuję 30-dniowy termin związania ofertą liczony od daty ostatecznego terminu składania ofert;

6. Akceptuję termin realizacji zamówienia oraz termin płatności faktury.

7. Prace objęte zamówieniem zamierzamy wykonać bez udziału podwykonawców/ przy udziale podwykonawców\*

 ………………………………………………………………………………………

*Nazwa podwykonawcy i zakres prac powierzonych*

8. Oświadczamy, że jesteśmy\*/nie jesteśmy\* mikroprzedsiębiorstwem, małym lub średnim przedsiębiorstwem (zgodnie z definicją MŚP zawartą w Załączniku I do Rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r.).

9. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.
 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

(ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str 1; sprost.
Dz. Urz. UE L127 s.2 z 2018 r.) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*

\* niepotrzebne należy skreślić

\*\***w przypadku, gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO, treści oświadczenia wykonawca nie składa (*usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie*).**

......................................................................................
*data i podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)*

*do reprezentowania Wykonawcy*