Załącznik nr 2

FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielenie zamówienia p.n.:**

**Przygotowanie podręcznika symulacji medycznej oraz bazy scenariuszy symulacyjnych w ramach projektu pn. „Utworzenie Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej środkiem do poprawy jakości kształcenia pielęgniarek   
w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Głogowie”**

1. Ja/my niżej podpisany/i: …...……………………………………………………… ………………………………………………..………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(Nazwa Wykonawcy, Adres siedziby Wykonawcy, województwo)*

tel. …..………….…, faks…..………………,email …………….……

w odpowiedzi na zaproszenie do składania ofert w postępowaniu na **udzielenie zamówienia p.n.: Przygotowanie podręcznika symulacji medycznej oraz opracowanie bazy scenariuszy symulacyjnych w ramach projektu pn. „Utworzenie Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej środkiem do poprawy jakości kształcenia pielęgniarek w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Głogowie”**, składam/y niniejszą ofertę.

1. Oferujemy wykonanie zamówienia, w pełnym rzeczowym i ilościowym zakresie, za łączną cenę:

**netto - .....................** (słownie:...............................................................................................)

stawka podatku VAT ........ %, tj. ....................... (słownie: ...................................................)

**brutto - ...................** (słownie: ........................................................................................), w tym:

Część I - przygotowanie podręcznika symulacji medycznej:

netto - ..................... (słownie:...............................................................................................)

stawka podatku VAT ........ %, tj. ....................... (słownie: ...................................................)

brutto - ................... (słownie: ...............................................................................................)

Część II - opracowanie bazy scenariuszy symulacyjnych:

netto - ..................... (słownie:...............................................................................................)

stawka podatku VAT ........ %, tj. ....................... (słownie: ...................................................)

brutto - ................... (słownie: ...............................................................................................)

1. Zobowiązujemy się do wykonania zamówienia w terminie …………………………………….
2. Oświadczam/y, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu dotyczące:
   1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania (jeżeli dotyczy).
   2. doświadczenia w realizacji usług o tożsamym lub porównywalnym przedmiocie i  zakresie, tj. dysponujemy zespołem minimum 4-osobowym, składającym się z osób posiadających wykształcenie medyczne, które zrealizowały minimum   
      3 usługi szkoleniowe przygotowujące kompleksowo kadrę uczelni pielęgniarskiej do kształcenia metodami symulacji medycznej jako instruktor/trener symulacji medycznej oraz są autorami/współautorami   
      3 podręczników do prowadzenia zajęć symulacji medycznej przygotowywanych dla uczelni kształcących na kierunku pielęgniarstwo   
      w ramach utworzenia i rozwoju Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej w okresie ostatnich 3 lat - co potwierdzają informacje zawarte   
      w załączonym wykazie usług.
3. Warunki dotyczące płatności za realizację zamówienia: ………………………………………

……………………………………………………………………………………………………….

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

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Wykaz usług**

**szkoleniowych przygotowujących kompleksowo kadrę uczelni pielęgniarskiej do kształcenia metodami symulacji medycznej jako instruktor/trener symulacji medycznej ze wskazaniem osób będących autorami /współautorami 3 podręczników do prowadzenia zajęć symulacji medycznej przygotowywanego dla uczelni kształcącej na kierunku pielęgniarstwo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj usługi szkoleniowej** | **Okres realizacji usługi** | **Miejsce realizacji usługi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Tytułu wydanego podręcznika do prowadzenia zajęć symulacji medycznej** | **Autor / współautor** | **Data wydania podręcznika** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

*do reprezentowania Wykonawcy*