Załącznik nr 1 do siwz

pieczęć adresowa wykonawcy ..........................................................................................

nazwa i adres siedziby wykonawcy ..........................................................................................

.......................................................................................... ..........................................................................................

nr tel./faxu ..........................................................................................

REGON ..........................................................................................

NIP ..........................................................................................

KRS/CEIDG ..........................................................................................

internet http:// ..........................................................................................

e-mail ..........................................................................................

**Państwowa Wyższa Szkoła**

**Zawodowa w Tarnowie**

**Ul. Mickiewicza 8**

**33-100 Tarnów**

# OFERTA

Na podstawie ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na **„Przeprowadzenie szkoleń z zakresu Centrum Symulacji Medycznej dla pracowników Instytutu Ochrony Zdrowia PWSZ w Tarnowie wraz z usługą nagrywania szkoleń”** – oferujemy realizację zamówienia zgodnie z wymogami specyfikacji istotnych warunków zamówienia na następujących warunkach:

**Część 1\***

Usługa przeprowadzenia dla pracowników Instytutu Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Tarnowie szkoleń specjalistycznych z zakresu Centrum Symulacji Medycznej.

wartość netto ..................................... zł

(słownie: ......................................................................................................................... złotych)
stawka VAT .......... %

cena brutto ..................................... zł

(słownie: ......................................................................................................................... złotych)

w tym:

1. 5-dniowy kurs pn. „Instruktor symulacji medycznej” - ………………. zł brutto
2. 5-dniowy kurs pn. „Technik symulacji medycznej” - ………………. zł brutto
3. 3-dniowy kurs pn. „Instruktor Symulacji Medycznej w pielęgniarstwie zabiegowym” - ………………. zł brutto
4. 3-dniowy kurs pn. „Instruktor Symulacji Medycznej w stanach zagrożenia życia” - ………………. zł brutto
5. 3-dniowy kurs pn. „Instruktor Symulacji Medycznej w pielęgniarstwie zachowawczym” - ………………. zł brutto
6. 2-dniowy kursu pn. „Instruktor Symulacji Medycznej w ALS” - ………………. zł brutto
7. 2-dniowy kurs pn. „Instruktor Symulacji Medycznej w BLS” - ………………. zł brutto
8. 3-dniowe szkolenie pn. „Zarządzanie CSM” - ………………. zł brutto

Oświadczamy, że w wykonaniu zamówienia uczestniczyć będą wymienione niżej osoby posiadające wiedzę i umiejętności z zakresu symulacji medycznej nabyte w krajach Unii Europejskiej (z wyłączeniem Polski) lub Ameryki Północnej (odbyte staże):

- ………………………………………………………… - …….. liczba staży

- ………………………………………………………… - …….. liczba staży

- ………………………………………………………… - …….. liczba staży

- ………………………………………………………… - …….. liczba staży

W załączeniu dokumenty potwierdzające odbyte staże.

**Część 2\***

Usługa nagrania, montażu audio-video i renderowania kursów/szkoleń z zakresu symulacji medycznych realizowanych dla PWSZ w Tarnowie w sposób stacjonarny na terenie całej Polski.

wartość netto ..................................... zł

(słownie: ......................................................................................................................... złotych)
stawka VAT .......... %

cena brutto ..................................... zł

(słownie: ......................................................................................................................... złotych)

w tym cena za jedna godzinę lekcyjną - ……………… zł brutto

1. „Instruktor symulacji medycznej”: 40 godzin, w tym minimum 24 godziny wyjazdowe - ………………. zł brutto
2. „Technik symulacji medycznej”: 40 godzin, w tym minimum 24 godziny wyjazdowe - ………………. zł brutto
3. „Instruktor Symulacji Medycznej w pielęgniarstwie zabiegowym”: 24 godziny - ………………. zł brutto
4. „Instruktor Symulacji Medycznej w stanach zagrożenia życia”: 24 godziny - ………………. zł brutto
5. „Instruktor Symulacji Medycznej w pielęgniarstwie zachowawczym”: 24 godziny - ………………. zł brutto
6. „Instruktor Symulacji Medycznej w ALS”: 16 godzin - ………………. zł brutto
7. „Instruktor Symulacji Medycznej w BLS”: 16 godzin - ………………. zł brutto
8. „Zarządzanie CSM”: 24 godziny, w tym minimum 8 godzin wyjazdowych - ………………. zł brutto

Oświadczamy, że w wykonaniu zamówienia uczestniczyć będą wymienione niżej osoby:

- ………………………………………………………… - …….. liczba godzin doświadczenia z zakresu nagrania, montażu audio–video i renderowania materiału filmowego

- ………………………………………………………… - …….. liczba godzin doświadczenia z zakresu nagrania, montażu audio–video i renderowania materiału filmowego

W załączeniu dokumenty/oświadczenie potwierdzające doświadczenie zawodowe.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń i deklarujemy wykonanie przedmiotu umowy na warunkach w niej zawartych.
2. Oświadczamy, że jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
3. Składamy niniejszą ofertę przetargową we własnym imieniu/wspólnie z\* ………………………… Zakres i rodzaj współpracy określa załącznik nr …… do oferty\*.
4. W celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu polegamy na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej innych podmiotów. Zakres współpracy określa załącznik nr ….. do oferty.\*
5. Oświadczamy, że wykonamy przedmiot zamówienia bez udziału podwykonawców/we współpracy z podwykonawcami\*. Wykaz podwykonawców i opis części zamówienia wykonywanych przez podwykonawców określa załącznik nr ….. do oferty.\*
6. Załącznikami do niniejszej oferty są:
7. ................................................................................................................................
8. ................................................................................................................................
9. ................................................................................................................................
10. ................................................................................................................................
11. ................................................................................................................................
12. ................................................................................................................................
13. ................................................................................................................................
14. ................................................................................................................................
15. ................................................................................................................................
16. ................................................................................................................................

................................, dnia...................... ………………………………………..

(pieczęć i podpisy upoważnionego/ych

przedstawicieli wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić