**Załącznik nr 1**

……………………………………………………………

*imię i nazwisko i adres Wykonawcy,*

*……………………………………………………………*

*telefon, e-mail*

……………………………………………………….

*(miejscowość i data)*

**OFERTA**

**Do Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku**

**ul. Jana Kilińskiego 1**

**15-089 Białystok**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe nr **AZP.25.2.6.2023** z dnia 17.02.2023 r. na wyłonienie Wykonawcy, który przeprowadzina terenie miasta Białegostoku trzy 1-jednodniowe wizyty studyjne w instytucji specjalizującej się w opiece geriatrycznej, dla 24 studentów UMB w ramach realizacji projektu „**Mamy POWER – inwestujemy w kompetencje regionu”** współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020.

Oferuję realizację całości przedmiotu zamówienia za cenę: ………………....… zł brutto.

*Słownie*:……………………………………………………………………………….…..

w tym:cena brutto za 1 godzinę pracy opiekuna:…………………………………… zł brutto

*Słownie*:……………………………………………………………………………….…..

1. Oświadczam, że spełniam wymagania określone w pkt. 3 Szczegółowego Opisu Przedmiotu Zamówienia (Załącznik nr 2).
2. Oświadczam, że wizyty studyjne w ……………………………………………………………………….………….. *(nazwa instytucji)* dla studentów kierunku lekarskiego, farmaceutycznego, fizjoterapii i pielęgniarstwa UMB wykonamy w terminach uzgodnionych wcześniej z Wykonawcą, a określonych w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia.
3. Oświadczam, że dysponuję minimum 3 osobami (w tym: lekarza, psychologa i terapeutę) niezbędnymi do wykonania realizacji zamówienia, którzy posiadają pełną wiedzę i 2-letnie doświadczenie na temat funkcjonowania i organizacji placówki specjalizującej się w opiece geriatrycznej oraz będą dyspozycyjni w okresie planowanych wizyt i będą pełnić funkcje opiekunów grup.
4. Oświadczam, że dysponuję zapleczem infrastrukturalnym umożliwiającym przeprowadzenie wizyt studyjnych dla co najmniej 12 uczestników.
5. Wykaz przeprowadzonych wizyt studyjnych dla studentów kierunków medycznych (w okresie ostatnich dwóch lat, tj. w okresie 01.2021-01.2023).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Uczestnicy wizyt**  | **Okres trwania****od - do** | **Miejsce** | **Liczba osób** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |

1. Zobowiązuję się do przedłożenia Zamawiającemu, na każde jego wezwanie dokumentów potwierdzających przeprowadzone wizyty studyjne.
2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia przez opiekunów i będą obowiązywały przez cały okres obowiązywania umowy.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze „Szczegółowym Opisem Przedmiotu Zamówienia” oraz wzorem Umowy i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.
4. Oświadczam, że uważam się za związanym ofertą na okres 30 dni od terminu składania ofert.
5. W przypadku przyznania mi zamówienia, zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
6. Zobowiązuję się w przypadku przyznania mi zamówienia do jego zrealizowania w ramach ceny ofertowej.
7. Akceptujemy warunek, iż zapłata wynagrodzenia za wykonanie zamówienia nastąpi wg zasad określonych we wzorze umowy.
8. Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami z art. 13 RODO dotyczącymi przetwarzania danych osobowych osób biorących udział w postępowaniu dostępnymi pod adresem: [www.zamowienia.umb.edu.pl](http://www.zamowienia.umb.edu.pl)
9. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1)2 wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.[[2]](#footnote-2)3
10. Numer rachunku bankowego Wykonawcy, na który powinny zostać przelane środki za realizację przedmiotu zamówienia: ………………………………………….…………………………….………………………………………..………
11. Dane niezbędne do zawarcia umowy:

Nazwa: …………………………………………………………………………….…………

Adres: ………………………………………………………………………………………..

Numer REGON ..................................., NIP: ...................................

Osoba uprawniona do podpisania umowy:

Imię: ………………………...., Nazwisko: ……………..…………………………....

Stanowisko: …………………................................................................

Załączniki:

1. oświadczenie o braku osobowych lub kapitałowych powiązań z Zamawiającym (Załącznik nr 4)

………………………………………………………………

 (podpis i pieczątka Wykonawcy)

1. 2 rozporządzenie 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, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)
2. 3 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). [↑](#footnote-ref-2)