

.....
Pieczętka osoby upoważnionej /oferenta

Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatora programu zdrowotnego „Uczymy się ratować życie – pierwsza pomoc przedmedyczna” program edukacyjny z zakresu pierwszej pomocy dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych Powiatu Lubińskiego.

| Lp. I. DANE OFERENTA | | | |
|---|---|-------------|--------------|
| 1. | Pełna nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym) | | |
| 2. | Adres wraz z kodem pocztowym | Numer tel.: | Numer faksu: |
| | | E-mail: | |
| 3. | Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta | | |
| 4. | Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej | | |
| 5. | NIP | | |
| 6. | Regon | | |
| 7. | Nazwa banku | | |
| 8. | Numer rachunku bankowego | | |
| II. PODSTAWOWE INFORMACJE O SPRZĘCIE MEDYCZNYM I SZKOLENIOWYM DO REALIZACJI PROGRAMU. | | | |
| | | | |

III. DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU PIERWSZEJ POMOCY LUB SZKOLEŃ O TEMATYCE PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ W OKRESIE OSTATNICH 5 LAT.

| |
|--|
| |
|--|

IV. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB REALIZUJĄCYCH PROGRAM.

| Imię i nazwisko lekarza systemu, pielęgniarki systemu, ratownika medycznego. | Kwalifikacje zawodowe |
|--|-----------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

V. KALKULACJA KOSZTÓW

| | |
|--|-------------|
| Koszt przeprowadzenia jednej 8-godzinnej jednostki szkoleniowej. | A |
| Ilość przeprowadzonych szkoleń. | B |
| Koszt działań promocyjnych w ramach realizowanego Programu o których mowa w rozdziale I pkt 2 ppkt 1 Ogłoszenia o konkursie. | C |
| *Koszt całkowity realizacji zadania. | $D=A*B + C$ |

* nie może przekroczyć kwoty **32 000 zł**

Oświadczam, że zadanie będące przedmiotem programu zrealizuję w terminie określonym w rozdziale I pkt 5 Ogłoszenia o konkursie.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis osoby upoważnionej /oferenta

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że przystępując do konkursu na realizację programu zdrowotnego „*Uczymy się ratować życie – pierwsza pomoc przedmedyczna*” program edukacyjny z zakresu pierwszej pomocy dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych Powiatu Lubińskiego zapoznaliśmy się z ogłoszeniem o konkursie ofert, przedmiotem i warunkami konkursu, szczegółowym opisem Programu, projektem Umowy oraz nie wnosimy do nich zastrzeżeń i uwag.
2. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym dla realizacji Programu.
3. Oświadczam, że uważam się za związany ofertą do czasu wyboru oferty a w przypadku wyboru mojej oferty do czasu zawarcia umowy.
4. Oświadczam, że w razie wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy wg wzoru przedstawionego przez Zamawiającego na warunkach określonych w konkursie, regulaminie oraz ofercie.

.....
(miejsowość i data)

.....
Podpis osoby upoważnionej /oferenta

Uwaga!

1. Oferent nie może modyfikować treści formularza ofertowego.
2. Wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
3. Formularz ofertowy należy wypełnić w całości nie zostawiając żadnych pustych miejsc.
4. Formularze pisane odręcznie należy wypełniać czytelnie.
5. Do oferty należy dołączyć oświadczenia i dokumenty wymienione w ogłoszeniu o konkursie

.....
Podpis osoby upoważnionej /oferenta