Załącznik nr 1 Formularz oferty

**Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie**

20-209 Lublin, ul. Projektowa 4

**tel.** (81)749-17-70, **fax. (**81) 749-32-13

**NIP:** 712-265-26-93 **REGON:** 432260703

**Formularz oferty**

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe dot. wykonania usługi polegającej na przygotowaniu i prowadzeniu zajęć na kierunku Pielęgniarstwo I stopnia w języku angielskim

|  |  |
| --- | --- |
| Dane oferenta | |
| Imię i nazwisko oferenta  ……………………… | Telefon  ……………………… |
| E-mail  ……………………… | Adres  ……………………… |
| Pesel  ……………………… | NIP (dot. osób prowadzących działalność gospodarczą)  ……………………… |

Należy wypełnić **kwoty** każdorazowo w przypadku składania oferty na prowadzenie danego modułu.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa modułu** | **Cena za 1 godzinę dydaktyczną brutto** | | | | | | | | |
| SEMESTR V | | **Wykład** | **Zajęcia w formie e-learningu** | **Zajęcia praktyczne** | | **Praktyki zawodowe** | | **Ćwiczenia** | | |
| **Kwota** | **Zadeklarowana liczba grup** | **Kwota** | **Zadeklarowana liczba grup** | **Kwota** | **Zadeklarowana liczba grup** | |
| 1. | Pediatrics  and  Pediatrics nursing |  | - |  |  |  |  | - | - | |
| 2. | Obsterics, gynecology  and gynecological nursing |  | - |  |  | - | - | - | - | |
| 3. | Neurology and Neurological Nursing |  |  | - | - | - | - | - | - | |
| 4. | Palliative care | - | - |  |  |  |  | - | - | |
| 5. | Surgery  and  Surgical Nursing | - | - | - | - |  |  | - | - | |
| 6. | Internal Medicine Nursing | - | - | - | - |  |  | - | - | |
| 7. | Primary  Healthcare | - | - | - | - |  |  | - | - | |
| **Semestr VI** | | **Wykład** | **Zajęcia w formie e-learningu** | **Zajęcia praktyczne** | | **Praktyki zawodowe** | | **Ćwiczenia** | | |
| **Kwota** | **Zadeklarowana liczba grup** | **Kwota** | **Zadeklarowana liczba grup** | **Kwota** | | **Zadeklarowana liczba grup** |
| 1. | Sociology |  | - | - | - | - | - | - | | - |
| 2. | Psychiatry and psychiatric nursing |  |  |  |  |  |  | - | | - |
| 3. | Anasthesiology and Nursing in life – threating condidtions | - | - |  |  | - | - | - | | - |
| 4. | Research in nursing |  |  | - | - | - | - | - | | - |
| 5. | Basic of medical rescue |  | - | - | - | - | - |  | |  |
| 6. | Pediatrics and Pediatric nursing | - | - | - | - |  |  | - | | - |
| 7. | Obsterics, gynecology  and gynecological nursing | - | - |  |  |  |  | - | | - |

Oświadczam, że:

1. Oferta jest ważna przez okres 60 dni od daty złożenia ofert.
2. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że spełniam warunki określone przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, że wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są aktualne i zgodne z prawdą.
6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
7. Cena oferty zawiera wszystkie koszty niezbędne do realizacji usługi.
8. Oświadczam, że nie jestem podmiotem powiązanym z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika

z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ w wytycznych programowych,

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

9. W przypadku przyznania mi zamówienia moje łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i FS oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych i innych podmiotów, **nie przekroczy 276 godzin miesięcznie**.

10. Do oferty dołączam następujące dokumenty:

a) szczegółowy Życiorys zawodowy uwzględniający informacje niezbędne do oceny oferty, w tym potwierdzenie posiadanego doświadczenia w prowadzeniu zajęć w szkole wyższej,

b) kopie dokumentów potwierdzających wymagane wyższe wykształcenie (dyplom ukończenia studiów),

c) kopie uzyskanych certyfikatów i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kompetencji związanych z tematyką modułów i/lub posiadanie stopni naukowych w celu potwierdzenia spełnienia kryteriów umożliwiających otrzymanie dodatkowych punktów w ocenie merytorycznej (opcjonalnie).

d) **propozycje programu wizyty ( dotyczy profesora wizytującego z zagranicy )**

11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. 2018 r. poz. 1000).

…...……………………..…………………………

Data, czytelny podpis oferenta

(Imię i nazwisko)