Znak sprawy: 3\_08.06.\_ZO\_DŁ\_2025 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dn. \_\_\_\_\_2025 r.

/miejscowość/ /data/

**FORMULARZ OFERTOWY**

**dot. zapytania ofertowego wg zasady konkurencyjności**

Nazwa zamówienia:

**Przeprowadzenie cyklu szkoleń specjalistycznych podnoszących kompetencje pielęgniarek, ukierunkowane na rozwój wiedzy i umiejętności pielęgniarek w zakresie opieki nad pacjentami przewlekle chorymi, niesamodzielnymi oraz wymagającymi zaawansowanego wsparcia medycznego w warunkach domowych**

w ramach projektu współfinansowanego przez Unię Europejską realizowanego w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 Osi Priorytetowej VIII Fundusze Europejskie na infrastrukturę dla mieszkańca Działanie 08.06 Infrastruktura ochrony zdrowia - dot. Typ projektu 3 Wsparcie podmiotów świadczących usługi opieki długoterminowej, hospicyjnej i paliatywnej - w formie zdeinstytucjonalizowanej (dziennej, środowiskowej czy domowej), w ramach naboru nr FESL.08.06-IZ.01-220/25

**NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO**

Centrum Medyczne Tommed Sp. z o.o. z siedzibą w Katowicach (adres: 40-662, Katowice, ul. Fredry 22), wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000055217; NIP: 6342444045; REGON: 277618521; e-mail: sekretariat@tommed.pl; tel.: +48 32 607 21 35

**DANE WYKONAWCY:**

Nazwa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dane kontaktowe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OFERTA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Zakres prac*** | **Liczba** | **Cena jednostkowa netto** | **VAT** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość łączna netto** | **VAT** | **Wartość łączna brutto** |
| *Przeprowadzenie cyklu szkoleń specjalistycznych podnoszących kompetencje pielęgniarek, ukierunkowane na rozwój wiedzy i umiejętności pielęgniarek w zakresie opieki nad pacjentami przewlekle chorymi, niesamodzielnymi oraz wymagającymi zaawansowanego wsparcia medycznego w warunkach domowych* | *1 dzień szkoleniowy co najmniej 6h* |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość** |  |  |  |  |  |  |  |

Termin rozpoczęcia szkoleń \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nie więcej niż 8 tygodni od dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy).

Załączniki do Oferty:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr załącznika** | **Nazwa załącznika** | **Czy dołączono do Formularza Oferty** |
| Załącznik nr 2 | Oświadczenie Wykonawcy o braku powiązań osobowych i kapitałowych | * **TAK** * **NIE** |
| Załącznik nr 3 | Oświadczenie Wykonawcy o niepodleganiu wykluczeniu w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego. | * **TAK** * **NIE** |
| Załącznik nr 5 | Zestawienie parametrów przedmiotu zamówienia | * **TAK** * **NIE** |
| Inne….. |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data i podpis WYKONAWCY**