Załącznik nr 2 do OPZ, nr sprawy Szp/ZP-072/2022

............................................., dn. .................

**ZAMAWIAJĄCY:**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

ul. H. Kamieńskiego 73a

51-124 Wrocław

**FORMULARZ OFERTOWY**

# DANE WYKONAWCY

1. Nazwa Wykonawcy*:*

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

2. Siedziba Wykonawcy:

*ul:* ........................................ *kod:* .................. *miejscowość:* .............................................

**3.** Adres do korespondencji:

*ul:* ....................................... *kod:* .................. *miejscowość:* .............................................

4. NIP: ..........................................

5. REGON: ………........………………………………………

6. TEL: …………………….

7. FAX: …………………………….

8. MAIL: .......................................

9. OSOBA DO KONTAKTÓW: .........................................

10. TEL.: .........................................

11. Mail: …………………………………….

# PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Oferta dotyczy wyboru wykonawcy na przygotowanie, organizacje i przeprowadzenie szkoleń dla personelu z zakresu komunikacji w ramach grantu Dostępność plus dla zdrowia.

# CENA

Cena oferty wynosi:

|  |
| --- |
| **Cena netto …..................................zł** |
| **VAT …….% = …......................zł** |
| **Cena brutto …..............................zł**  **Słownie: …....................................................................................................................................** |

# POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW ZAMAWIAJĄCEGO

* 1. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami zawartymi w OPZ, ze wszystkimi załącznikami do dokumentacji w tym z wzorem umowy, akceptuje je bez zastrzeżeń oraz uzyskał informacje konieczne do przygotowania oferty.
  2. Zobowiązuję się, w przypadku przyznania zamówienia, do zawarcia umowy na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym odpowiednio Załącznik nr 1 do OPZ

# ZOBOWIAZANIA WYKONAWCY

* 1. Zobowiązuję się przygotować, zorganizować i przeprowadzić dwa rodzaje szkoleń w dwóch terminach.
  2. Zobowiązuję się do przygotowania i przekazania uczestnikom materiałów szkoleniowych, przeprowadzenia ankiet oceniających szkolenia, certyfikatów z przeprowadzonych szkoleń.
  3. Zobowiązuję się do umieszczania na wszystkich materiałach szkoleniowych informacji o współfinansowaniu Szkoleń przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.
  4. Zobowiązuję się do zapewnienia serwisu kawowego i śniadaniowego w czasie trwania szkoleń.
  5. Zobowiązuję się zrealizować przedmiot zamówienia objęty umową w terminie do 10 tygodni od daty podpisania umowy.

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

miejscowość, data ..........................................................

(podpis i pieczątka imienna osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **JM.** | **ilość** | **cena jednostkowa netto** | **%**  **VAT** | **Wartość netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  | | | | | | | | |
| **1** | **RK 1.1** **Przeszkolenie personelu z zakresu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami (1)** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Szkolenia personelu szpitala z zakresu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu dla szarego personelu szpitala:  rejestratorki, sekretarki medyczne, informatycy, kadra zarządzająca **- 8 osób** | Szt. | 8 |  |  |  |  |  |
| **2** | **WK 3.1 Szkolenia wz. kompetencji społecznych w obszarze komunikacji (1)** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Szkolenia pracowników służące wsparciu kompetencji w zakresie właściwej komunikacji w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu dla białego personelu szpitala: personel medyczny - lekarze, pielęgniarki, położne, rehabilitanci oraz przedstawiciel kadry menadżerskiej **– 9** **osób** | Szt. | 9 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem netto** |  |  | **brutto** |  |

………………………………………………………………..………

Pieczęć Wykonawcy