**Załącznik nr 1**

……………………………………………………………

*Imię i nazwisko Wykonawcy*

*…………………………………………………………..*

*Nazwa i adres instytucji*

*specjalizującej się w zakresie opieki geriatrycznej,*

*w której zostaną przeprowadzone wizyty studyjne*

*……………………………………………………………*

*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.25.2.2.2023z dnia 24.01.2023 r. na wyłonienie Wykonawcy, który jako opiekun przygotuje i przeprowadzina terenie miasta Pampeluny i jego okolicach (region Navarra, Hiszpania)dwie wizyty studyjne dla 24 studentów UMB (w podziale na dwie ok. 12 osobowe grupy) określone w pkt. 2 Szczegółowego Opisu Przedmiotu Zamówienia (Załącznik 2) 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 usługi za 1 godzinę pracy za cenę jednostkową brutto: …………EURO**[[1]](#footnote-1)\***

**słownie** cena za 1 godzinę usługi: ……………………………………………………………………………….. EURO

Numer rachunku bankowego **Wykonawcy**, na który powinny zostać przelane środki za wykonanie usługi: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

1. Oświadczam, że spełniam wymagania określone w pkt. 8 i 9 Szczegółowego Opisu Przedmiotu Zamówienia (Załącznik nr 2).
2. Oświadczam, że przeprowadzę wizyty studyjne w instytucji (-ach) specjalizującej (-ych) się w zakresie opieki geriatrycznej *(nazwa (-y))*
3. ……………………………………………………………………………………………………………….
4. ……………………………………………………………………………………………………………….
5. ……………………………………………………………………………………………………………….
6. ………………………………………………………………………………………………………………
7. Oświadczam, że wizyty studyjne w na terenie miasta Pampeluny i okolicach (region Navarra, Hiszpania) dla studentów kierunku lekarskiego, farmaceutycznego, fizjoterapii i pielęgniarstwa UMB wykonam w terminach uzgodnionych wcześniej z Zamawiającym, a określonych w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia (Załącznik 2).
8. Oświadczam, że:

* posiadam pełną wiedzę i co najmniej 2-letnie doświadczenie na temat funkcjonowania i organizacji placówki, w której będą przeprowadzone dwie wizyty studyjne (pkt 2, Załącznik nr 2),
* jestem dyspozycyjny w okresie planowanych dwóch wizyt,
* posiadam znajomość j. angielskiego w stopniu umożliwiającym swobodne porozumiewanie się, również w sprawach dotyczących funkcjonowania i organizacji placówek, w których będą przeprowadzone wizyty studyjne (pkt 2, Załącznik nr 2),
* posiadam czteroletnie doświadczenie w organizacji wizyt studyjnych w instytucjach specjalizujących się w zakresie opieki geriatrycznej dla studentów kierunków medycznych.

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 i będą obowiązywały przez cały okres obowiązywania umowy.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze Szczegółowym Opisem Przedmiotu Zamówienia (Załącznik 2) oraz wzorem Umowy (Załącznik nr 3) i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte.
4. Oświadczam, że uważam się za związanym z 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. Akceptuję 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[[2]](#footnote-2)1 wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.[[3]](#footnote-3)2

Załączniki:

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

………………………………………………………………

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

1. \* w przypadku Oferenta składającego ofertę jako osoba fizyczna, wartość brutto w formularzu ofertowym oznacza łączny koszt Zamawiającego, tj.: płacę brutto oraz ewentualne składki na ubezpieczenie społeczne w części płaconej przez pracodawcę zgodnie ze złożonym Oświadczeniem do Celów Ubezpieczeniowych, Uwaga! W przypadku wyboru oferty złożonej przez osobę fizyczną, kwota brutto umowy zostanie ustalona na podstawie złożonego przez Oferenta Oświadczenia do Celów Ubezpieczeniowych. [↑](#footnote-ref-1)
2. 1 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-2)
3. 2 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-3)