

WOJEWÓDZKI
Zakład Opieki Zdrowotnej
nad Matką, Dzieckiem i Młodzieżą
ul. Sobieskiego 7a, tel./fax 34/360 61 35
43-200 CZĘSTOCHOWA
NIP 5792450797, IDS 151536730

Częstochowa, dnia 4.03.2019r.

Wyjaśnienie

Zamawiający pomyłkowo nie zamieścił Formularza oferty do Zadania nr 2, tym samym w załącza brakujący formularz wraz z załącznikiem do Zadania nr 2 w postępowaniu nr ZDZ.262.1.37.2019.

Jednocześnie Zamawiający przedłuża termin składania ofert do dnia **8.03.2019 roku do godz. 11:00**

Do wiadomości:

- uczestnicy postępowania.

Z-ca Dyrektora
mgr Beata Pochodnia

ZDZ.262.1.37.2019

ZAŁĄCZNIK NR 1

FORMULARZ OFERTY

_____ dnia ____ . ____ . ____ r.

WYKONAWCA:

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

pełna nazwa wykonawcy

.....

.....

adres siedziby wykonawcy

.....

Nr NIP

Regon

Nr konta bankowego

.....

nr telefonu

nr faxu

adres e-mail.....

Wojewódzki Zakład Opieki Zdrowotnej nad
Matką, Dzieckiem i Młodzieżą
ul. Sobieskiego 7a
42-200 Częstochow

OFERTA

Nawiązując do zapytania ofertowego, którego przedmiotem jest: „Zadanie nr 2: Szkolenie – nauka bezpiecznego zachowania i pracy z pacjentem szczególnie wymagającym–dziećmi” w ramach projektu: pn. „Razem dla zdrowia - eliminacja ryzyk i poprawa ergonomii warunków pracy personelu w Wojewódzkim Zakładzie Opieki Zdrowotnej nad Matką, Dzieckiem i Młodzieżą w Częstochowie.” - Oś priorytetowa VIII. Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy dla działania: 8.3. Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy dla poddziałania: 8.3.2. Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej – konkurs.

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia określonego w zapytaniu ofertowym oraz wzorze umowy za wynagrodzeniem ryczałtowym w kwocie:



Brutto: zł

Słownie:

2. **Cena jednostkowa za udział jednego uczestnika w szkoleniu wynosi:**

..... PLN brutto.

3. Oferujemy realizację umowy: **od daty zawarcia umowy do dnia 19 kwietnia 2019 roku.** Ostateczne terminy każdego ze szkoleń zostaną ustalone z wybranym Wykonawcą po zawarciu umowy, przy czym godziny i terminy szkoleń mają być dopasowane do potrzeb uczestników projektu uwzględniając grafik pracy.
4. Warunki płatności: zgodnie z wzorem umowy.
5. Oświadczam, iż spełniam warunek określony przez Zamawiającego w Rozdziale V ust. 2 na Zadanie nr 2 zapytania ofertowego.
6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym i uznajemy się za związanych określonymi w nim wymaganiami i zasadami.
7. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą w okresie **30 dni** od upływu terminu na składanie ofert określonego w zapytaniu ofertowym.
8. Oświadczamy, że zawarty w zapytaniu wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
9. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO³ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.⁴

miejsowość, data

imię i nazwisko

podpis wykonawcy lub osoby
upoważnionej

³ 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).

⁴ 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).

ZAŁĄCZNIK nr 1a do Formularza oferty

ZDZ.262.1.37.2019

Nazwa wykonawcy

.....

adres siedziby wykonawcy

.....

Nr NIP

Regon

nr telefonu

nr faxu

adres e-mail.....

Dotyczy: „Zadania nr 2: Szkolenie – nauka bezpiecznego zachowania i pracy z pacjentem szczególnie wymagającym–dziećmi” w ramach projektu: pn. „Razem dla zdrowia - eliminacja ryzyk i poprawa ergonomii warunków pracy personelu w Wojewódzkim Zakładzie Opieki Zdrowotnej nad Matką, Dzieckiem i Młodzieżą w Częstochowie.” - Oś priorytetowa VIII. Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy dla działania: 8.3. Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy dla poddziałania: 8.3.2. Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej – konkurs.

Wykaz doświadczenia osoby wyznaczonej do realizacji zamówienia na Zadanie nr 2, tj.: przeprowadzonych szkoleń medycznych dotyczących zasad bezpieczeństwa pracy przy podnoszeniu i przemieszczaniu pacjentów.

Lp.	Imię i nazwisko	Nazwa przeprowadzonego szkolenia medycznych dotyczących zasad bezpieczeństwa pracy przy podnoszeniu i przemieszczaniu pacjentów	Miejsce i termin przeprowadzenia szkolenia	Podmiot na rzecz którego usługi zostały wykonane
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Oświadczam/y, że wszystkie informacje podane w powyższym wykazie są zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.



Oświadczam/y, że przedstawię na wezwanie Zamawiającego dowody potwierdzające, że w/w szkolenia zostały wykonane.

..... dnia r.

.....
(podpis osoby/osób upoważnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy z uwzględnieniem zasady reprezentacji)