**Załącznik 2   
do rozeznania rynku nr 3/RR/ASOS/2020**

Pieczęć firmowa *(jeśli dotyczy)*

**Caritas Archidiecezji Gdańskiej**

Al. Niepodległości 778

81-805 Sopot

**FORMULARZ OFERTOWY**

Pełna nazwa Wykonawcy / lub imię i nazwisko

Siedziba / lub adres zamieszkania oraz adres do korespondencji

NIP / lub PESEL REGON *(jeżeli dotyczy)*

Nr telefonu e-mail:

w nawiązaniu do rozeznania rynku numer **3/RR/ASOS/2020 dot. przeprowadzenia szkoleń z wykorzystaniem symulatora odczuć osób starszych dla opiekunów zatrudnionych w Caritas Archidiecezji Gdańskiej,** w ramach rządowego programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020, edycja 2020, składam swoją ofertę na:

**Zakres: przeprowadzenia szkoleń z wykorzystaniem symulatora odczuć osób starszych dla opiekunów medycznych oraz opiekunów osób starszych, pracujących głównie z pacjentem   
w opiece długoterminowej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena brutto**  **za godzinę\*)**  **( w PLN )** | **Wartość brutto**  **zamówienia   (w PLN)** |
| 1 | Świadczenie usługi w zakresie przeprowadzenia siedmiu 8-godzinnych szkoleń wraz z treningiem praktycznym, dla siedmiu różnych zespołów opiekunów medycznych oraz opiekunów osób starszych, pracujących głównie z pacjentem w opiece długoterminowej, w okresie od dnia podpisania umowy do 31 października 2020 r. |  |  |

Ponadto oświadczam, że:

1. Spełniam warunki określone w zapytaniu na usługi w zakresie zdrowia – numer **3/RR/ASOS/2020,** w tym:

* posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności,
* posiadam wiedzę i doświadczenie,
* dysponuję odpowiednim potencjałem kadrowym, który spełnia wymagania stawiane przez Zamawiającego,
* znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

1. Wykonam przedmiot zamówienia z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, etyki zawodowej z poszanowaniem praw pacjenta.
2. Obliczona cena ofertowa uwzględnia wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, jakie będzie musiał ponieść Wykonawca, a w szczególności podatek VAT (jeśli dotyczy), a w przypadku osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej zawiera wszelkie pochodne od wynagrodzeń po stronie Zamawiającego (jeśli dotyczy).
3. Zapoznałem/am się z warunkami przeprowadzanego postępowania i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty.
4. Uważam się za związaną(-go) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w stosownych terminach.

………….……………………………… .………………………………………………….....

Miejscowość i data Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy