Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego



**FORMULARZ OFERTOWY**

na świadczenie usług szkoleniowych w ramach kursu podyplomowego dla lekarzy dotyczącego terapii chorób układów oddechowego i krążenia opornych na konwencjonalne leczenie u pacjentów w stanie zagrożenia życia z wykorzystaniem pozaustrojowej techniki perfuzyjnej ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation),

w ramach projektu:

**Kurs** **"Techniki pozaustrojowego wspomagania funkcji życiowych z wykorzystaniem ECMO",**   
realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020   
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Umowa nr: POWR.05.04.00-0160/18

1. **Nazwa i adres Wykonawcy**

**Imię i nazwisko lub nazwa Wykonawcy:**

Adres Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………..

Tel./fax Wykonawcy.: ……………………………………………………………………………………………………

Adres e-mail Wykonawcy……………………………………………………………………………………………….

REGON: …………………………. NIP: …………………………… PESEL…………………………………………

1. **Nazwa i adres Zamawiającego**

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Ul. Fredry 10, 61-701 Poznań

REGON: 000288811, NIP: 777-00-03-104

**W związku z zapytaniem ofertowym na świadczenie usług szkoleniowych przedstawiam/y ofertę.**

**Oferuję/my realizację usługi zgodnie z jej szczegółowym opisem podanym w zapytaniu ofertowym za cenę wskazaną w zapytaniu ofertowym w ramach stanowisk i dyspozycyjności.**

1. **Wykładowca**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Element zamówienia** | **Cena brutto jednostkowa za 1 h szkolenia** | **Cenna łączna** |
| Cena dla Wykładowcy | Brutto: ………………….. PLN /1h słownie złotych: | Netto: …………………… PLN, słownie złotych:  VAT: …………………….. PLN, słownie złotych:  Brutto: ………………….. PLN słownie złotych: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PIĄTEK** | | |
| **CZAS PRACY** | **ILOŚC KURSANTÓW** | **DYSPOZYCYJNOŚC**  **TAK/NIE** |
| **14:00-14:45** | **1 grupa \*12 osób** |  |
| **14:45-15:30** | **1 grupa \*12 osób** |  |
| **15:30-16.15** | **1 grupa \*12 osób** |  |
| **16:45-17:30** | **1 grupa \*12 osób** |  |
| **17:30-18:15** | **1 grupa \*12 osób** |  |
| **18:15-19:00** | **1 grupa \*12 osób** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOBOTA** | | |
| **CZAS PRACY** | **ILOŚC KURSANTÓW** | **DYSPOZYCYJNOŚC**  **TAK/NIE** |
| **9:00-9:45** | **1 grupa \*12 osób** |  |
| **9:45-10:30** | **1 grupa \*12 osób** |  |

1. **Instruktor**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Element zamówienia** | **Cena brutto jednostkowa za 1 h szkolenia** | **Cenna łączna** |
| Cena dla Instruktora | Brutto: ………………….. PLN /1h słownie złotych: | Netto: …………………… PLN, słownie złotych:  VAT: …………………….. PLN, słownie złotych:  Brutto: ………………….. PLN słownie złotych: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOBOTA** | | |
| **CZAS PRACY** | **ILOŚC KURSANTÓW** | **DYSPOZYCYJNOŚC**  **TAK/NIE** |
| **10:30-11:15** | **3 grupy \*4 osoby** |  |
| **11:15-12:00** | **3 grupy \*4 osoby** |  |
| **12:00-12:45** | **3 grupy \*4 osoby** |  |
| **12:45-13:30** | **2 grupy \*6 osób** |  |
| **14:30-15:15** | **3 grupy \*4 osoby** |  |
| **15:15-16:00** | **3 grupy \*4 osoby** |  |
| **16:00-16:45** | **3 grupy \*4 osoby** |  |
| **16:45-17:30** | **3 grupy \*4 osoby** |  |
| **17:30-18:15** | **3 grupy \*4 osoby** |  |
| **18:15-19:00** | **2 grupy \*6 osób** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NIEDZIELA** | | |
| **CZAS PRACY** | **ILOŚC KURSANTÓW** | **DYSPOZYCYJNOŚC**  **TAK/NIE** |
| **9:00-09:45** | **3 grupy \*4 osoby** |  |
| **09:45-10:30** | **3 grupy \*4 osoby** |  |
| **10:30-11.15** | **3 grupy \*4 osoby** |  |
| **11:15-12:00** | **3 grupy \*4 osoby** |  |
| **12:00-12:45** | **3 grupy \*4 osoby** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NIEDZIELA - egzamin** | | |
| **CZAS PRACY** | **ILOŚC KURSANTÓW** | **DYSPOZYCYJNOŚC**  **TAK/NIE** |
| **14:00-15:00** | **4 grupy \* 3 osoby** |  |

1. **Technik ECMO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Element zamówienia** | **Cena brutto jednostkowa za 1 h szkolenia** | **Cenna łączna** |
| Cena dla Technik ECMO | Brutto: ………………….. PLN /1h słownie złotych: | Netto: …………………… PLN, słownie złotych:  VAT: …………………….. PLN, słownie złotych:  Brutto: ………………….. PLN słownie złotych: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SOBOTA** | | |
| **CZAS PRACY** | **ILOŚC KURSANTÓW** | **DYSPOZYCYJNOŚC**  **TAK/NIE** |
| **9:00-9:45** | **1 grupa \*12 osób** |  |
| **9:45-10:30** | **1 grupa \*12 osób** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NIEDZIELA - egzamin** | | |
| **CZAS PRACY** | **ILOŚC KURSANTÓW** | **DYSPOZYCYJNOŚC**  **TAK/NIE** |
| **13:15-14:00** | **1 grupa \*12 osób** |  |

**4) Komisja Egzaminacyjna**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Element zamówienia** | **Cena brutto jednostkowa za 1 h szkolenia** | **Cenna łączna** |
| Cena dla Egzaminatora | Brutto: ………………….. PLN /1h słownie złotych: | Netto: …………………… PLN, słownie złotych:  VAT: …………………….. PLN, słownie złotych:  Brutto: ………………….. PLN słownie złotych: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NIEDZIELA** | | |
| **CZAS PRACY** | **ILOŚC KURSANTÓW** | **DYSPOZYCYJNOŚC**  **TAK/NIE** |
| **13:15-14:00** | **1 grupa \*12 osób** |  |
| **14:00-15:00** | **4 grupy \* 3 osoby** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROPONOWANE TERMINY SZKOLEŃ:** | | |
| * Rok 2019: | * Rok 2020 | * Rok 2021 |
| 25-27.10.2019 - Kurs ECMO 1  15-17.11.2019 - Kurs ECMO 2  29-30.11.2019 – 1.12.2019  – Kurs ECMO 3 | 10-12.01.2020 - Kurs ECMO 4  21-23.02.2020 - Kurs ECMO 5  6-8.03.2020 - Kurs ECMO 6  24-26.04.2020 - Kurs ECMO 7  8-10.05.2020 - Kurs ECMO 8  26-28.06.2020 - Kurs ECMO 9  25-27.09.2020 - Kurs ECMO 10  23-25.10.2020 - Kurs ECMO 11  20-22.11.2020 - Kurs ECMO 12  4-6.12.2020 - Kurs ECMO 13 | 8-10.01.2021 - Kurs ECMO 14  26-28.02.2021 - Kurs ECMO 15  26-28.03.2021 - Kurs ECMO 16  23-25.04.2021 - Kurs ECMO 17  21-23.05.2021 - Kurs ECMO 18  18-20.06.2021 - Kurs ECMO 19  24-26.09.2021 - Kurs ECMO 20  22-24.10.2021 - Kurs ECMO 21   * + - 1. - Kurs ECMO 22 |

\*Zamawiający zastrzega sobie możliwość zmiany terminu poszczególnych kursów.

Oświadczam, że :

* zamówienie zrealizuję w terminach i na warunkach określonych w Zapytaniu ofertowym;
* zapoznałem się z Zapytaniem ofertowym, nie wnoszę zastrzeżeń oraz uzyskałem informacje niezbędne do przygotowania oferty,
* w cenę oferty zostały wliczone wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia,
* wszystkie informacje zamieszczone w ofercie i jej załącznikach są prawdziwe,
* bezwarunkowo akceptuję proponowany przez Zamawiającego wzór umowy, który zobowiązuję się podpisać w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego,
* zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji związanej z realizacją projektu wskazanej przez Zamawiającego,
* uważam się związany niniejszą ofertą przez 30 dni od ostatecznego upływu terminu składania ofert,
* jako osobą odpowiedzialną za przebieg usługi wskazuję Pana/Panią   
  (jeśli dotyczy): …………………………………….

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

data, czytelny podpis

osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

****

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU OFERTOWYM**

Oświadczam/y, że spełniam/y warunki udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia określone w zapytaniu ofertowym na świadczenie usług szkoleniowych w ramach kursu podyplomowego dla lekarzy dotyczącego terapii chorób układów oddechowego i krążenia opornych na konwencjonalne leczenie u pacjentów w stanie zagrożenia życia z wykorzystaniem pozaustrojowej techniki perfuzyjnej ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation),

1. posiadania uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
3. znajdowania się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

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

data, czytelny podpis

osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy



**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ WYKONAWCY Z ZAMAWIAJĄCYM**

Jako Wykonawca starający się o uzyskanie zamówienia określonego w zapytaniu ofertowym na świadczenie usług szkoleniowych w ramach kursu podyplomowego dla lekarzy dotyczącego terapii chorób układów oddechowego   
i krążenia opornych na konwencjonalne leczenie u pacjentów w stanie zagrożenia życia z wykorzystaniem pozaustrojowej techniki perfuzyjnej ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation),

w ramach projektu Kurs "Techniki pozaustrojowego wspomagania funkcji życiowych z wykorzystaniem ECMO", realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,

oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia ze względu na powiązania osobowe lub kapitałowe z Zamawiającym, przez które rozumie się: wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy,   
w szczególności:

1. Nie uczestniczę w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. Nie posiadam co najmniej 10% udziałów lub akcji;
3. Nie pełnię funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. Nie pozostaję w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

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

data, czytelny podpis

osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

****Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego

**WZÓR CV**

1. Nazwisko:

2. Imię:

3. Data urodzenia:

4. Narodowość

5. Nr PWZL

6. Informacje:

Posiadane stopnie naukowe lub tytuł naukowy:

Specjalizacje:

Wykładowca akademicki: TAK/NIE (wskazać prawidłowe)

Staż pracy w dydaktyce:

7. Wykształcenie:

|  |  |
| --- | --- |
| Instytucja |  |
| Data: od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Uzyskane stopnie lub dyplomy: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Instytucja |  |
| Data: od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok) |  |
| Uzyskane stopnie lub dyplomy: |  |

8. Doświadczenie zawodowe:

|  |  |
| --- | --- |
| Daty: od (m-c/rok) do (m-c/rok) |  |
| Miejsce |  |
| Firma |  |
| Stanowisko |  |
| Opis |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Daty: od (m-c/rok) do (m-c/rok) |  |
| Miejsce |  |
| Firma |  |
| Stanowisko |  |
| Opis |  |

9. Odbyte szkolenia

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

10. Doświadczenie w zakresie stanowisk (opisać w celu wykazania warunku udziału w postępowaniu)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dla Stanowiska | Okres | Miejsce pracy |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

…………………………………………

Podpis wykładowcy

Oświadczam/-y, że dane zawarte w niniejszym dokumencie są prawdziwe

……………………………. ……………………………………………

(miejscowość, data) (podpis Wykonawcy/-ów lub osoby umocowanej  
 do reprezentowania

****

Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego

**Wykaz doświadczenia Wykładowcy**

**- tabela dotycząca szkolenia specjalistycznego z zakresu obejmującego wytyczne dla w/w stanowiska :**

**(proszę zaznaczyć X przy wybranym temacie, którego dotyczy wykazane doświadczenie)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. tytuł magistra, lekarza lub doktora nauk medycznych, doktora nauk  o zdrowiu |  |
| 1. znajomość teoretycznych aspektów implementacji i prowadzenia technik pozaustrojowych: VV ECMO lub VA ECMO lub nECMO |  |
| 1. znajomość standaryzowanych procedur operacyjnych SOP  w wysokospecjalistycznym transporcie pacjenta z ECMO |  |
| 1. znajomość zagadnień ALS – Artificial Life Support – Pozaustrojowych technik wspomagania funkcji życiowych: w tym automatycznej mechanicznej kompresji klatki piersiowej AMCC – automated mechanical chest compression, stosowania pomp osiowych  i centryfugalnych wspomagających funkcje życiowe lub obrazowania ultrasonograficznego w ALS |  |
| 1. Znajomość zagadnień funkcjonowania "ECMO TEAM" – zespołów ECMO |  |
| 1. Znajomość wytycznych ELSO – Extracorporeal Life Support Organization – Światowej Organizacji Technik Pozaustrojowych |  |
| 1. Udział i organizacja co najmniej 2 symulacji medycznych wysokiej wierności w obszarze Artificial Life Support |  |
| 1. Współorganizacja i koordynowanie warsztatów symulacyjnych w obszarze Artificial Life Support |  |

****

**Wykaz doświadczenia Instruktora**

**- tabela dotycząca szkolenia specjalistycznego z zakresu obejmującego wytyczne dla w/w stanowiska :**

**(proszę zaznaczyć X przy wybranym temacie, którego dotyczy wykazane doświadczenie)**

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. tytuł licencjata lub magistra lub doktora nauk medycznych |  |
| * 1. doświadczenie instruktorskie lub dydaktyczne |  |
| * 1. znajomość technik symulacji medycznych w tym prebriefingu  i debriefingu |  |
| * 1. znajomość teoretycznych aspektów implementacji i prowadzenia technik pozaustrojowych: VV ECMO lub VA ECMO lub nECMO |  |
| * 1. znajomość standaryzowanych procedur operacyjnych SOP  w wysokospecjalistycznym transporcie pacjenta z ECMO |  |
| * 1. Znajomość zagadnień funkcjonowania "ECMO TEAM" – zespołów ECMO |  |
| * 1. Znajomość wytycznych ELSO – Extracorporeal Life Support Organization – Światowej Organizacji Technik Pozaustrojowych |  |
| * 1. umiejętność zaprogramowania i wykonania scenariuszy symulacyjnych dotyczących ALS - Artificial Life Support – Pozaustrojowych technik wspomagania funkcji życiowych: w tym automatycznej mechanicznej kompresji klatki piersiowej AMCC – automated mechanical chest compression, stosowania pomp osiowych i centryfugalnych wspomagających funkcje życiowe lub obrazowania ultrasonograficznego w ALS |  |
| 1. Udział i organizacja co najmniej 2 symulacji medycznych wysokiej wierności w obszarze Artificial Life Support |  |
| 1. Współorganizacja i koordynowanie warsztatów symulacyjnych  w obszarze Artificial Life Support |  |

****

**Wykaz doświadczenia Technika ECMO**

**- tabela dotycząca szkolenia specjalistycznego z zakresu obejmującego wytyczne dla w/w stanowiska :**

**(proszę zaznaczyć X przy wybranym temacie, którego dotyczy wykazane doświadczenie)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. tytuł licencjata lub magistra lub doktora nauk medycznych, doktora nauk o zdrowiu |  |
| 1. znajomość technik symulacji medycznych w tym prebriefingu  i debriefingu |  |
| 1. znajomość sprzętu symulacyjnego stosowanego w symulacji pośredniej  i wysokiej wierności |  |
| 1. znajomość sprzętu medycznego stosowanego w obszarach klinicznych ALS Artificial Life Support – Pozaustrojowych technik wspomagania funkcji życiowych: w tym automatycznej mechanicznej kompresji klatki piersiowej AMCC – automated mechanical chest compression, stosowania pomp osiowych  i centryfugalnych wspomagających funkcje życiowe lub obrazowania ultrasonograficznego w ALS |  |
| 1. umiejętność zaprogramowania i wykonania scenariuszy symulacyjnych dotyczących ALS - Artificial Life Support – Pozaustrojowych technik wspomagania funkcji życiowych: w tym automatycznej mechanicznej kompresji klatki piersiowej AMCC – automated mechanical chest compression, stosowania pomp osiowych i centryfugalnych wspomagających funkcje życiowe lub obrazowania ultrasonograficznego w ALS |  |
| 1. znajomość teoretycznych aspektów implementacji i prowadzenia technik pozaustrojowych: VV ECMO lub VA ECMO lub nECMO |  |
| 1. znajomość standaryzowanych procedur operacyjnych SOP  w wysokospecjalistycznym transporcie pacjenta z ECMO |  |
| 1. Znajomość zagadnień funkcjonowania "ECMO TEAM" – zespołów ECMO |  |
| 1. Znajomość wytycznych ELSO – Extracorporeal Life Support Organization – Światowej Organizacji Technik Pozaustrojowych |  |
| 1. Udział i organizacja co najmniej 2 symulacji medycznych wysokiej wierności w obszarze Artificial Life Support |  |
| 1. Udział i organizacja min. 2 symulacji w z wykorzystaniem procedur  i sprzętu ECMO |  |
| 1. Współorganizacja i koordynowanie warsztatów symulacyjnych  w obszarze Artificial Life Support |  |

****

**Wykaz doświadczenia dla Komisji Egzaminującej**

**- tabela dotycząca szkolenia specjalistycznego z zakresu obejmującego wytyczne dla w/w stanowiska :**

**(proszę zaznaczyć X przy wybranym temacie, którego dotyczy wykazane doświadczenie)**

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. tytuł magistra, lekarza lub doktora nauk medycznych, doktora nauk  o zdrowiu |  |
| * 1. znajomość teoretycznych aspektów implementacji i prowadzenia technik pozaustrojowych: VV ECMO lub VA ECMO lub nECMO |  |
| * 1. znajomość standaryzowanych procedur operacyjnych SOP  w wysokospecjalistycznym transporcie pacjenta z ECMO |  |
| * 1. znajomość zagadnień ALS – Artificial Life Support – Pozaustrojowych technik wspomagania funkcji życiowych: w tym automatycznej mechanicznej kompresji klatki piersiowej AMCC – automated mechanical chest compression, stosowania pomp osiowych  i centryfugalnych wspomagających funkcje życiowe lub obrazowania ultrasonograficznego w ALS |  |
| * 1. Znajomość zagadnień funkcjonowania "ECMO TEAM" – zespołów ECMO |  |
| * 1. Znajomość wytycznych ELSO – Extracorporeal Life Support Organization – Światowej Organizacji Technik Pozaustrojowych |  |
| * 1. Udział i organizacja co najmniej 2 symulacji medycznych wysokiej wierności w obszarze Artificial Life Support |  |
| * 1. Współorganizacja i koordynowanie warsztatów symulacyjnych  w obszarze Artificial Life Support |  |

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

data, czytelny podpis

osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy