Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego nr 24/2025/ABM/SP/MBA

|  |
| --- |
| FORMULARZ OFERTOWY |

|  |
| --- |
| **I. ZAMAWIAJĄCY** |

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

w Warszawie ul. Dewajtis 5, 01-815 Warszawa

NIP: 525-00-12-946, REGON: 000001956

Biuro realizacji projektu: Centrum Kształcenia Podyplomowego UKSW

ul. Dewajtis 5, pok. 100, 01-938 Warszawa

|  |
| --- |
| **II. WYKONAWCA** |

NAZWA (FIRMA) ALBO IMIĘ I NAZWISKO WYKONAWCY : .........................................................................................................

SIEDZIBA ALBO MIEJSCE ZAMIESZKANIA WYKONAWCY:

UL. ................................................................ MIEJSCOWOŚĆ........................................................................

KOD POCZTOWY ……………………………… POCZTA ………………...…………...….................……

WOJEWÓDZTWO ………………………………. POWIAT …………………………................…………..

NIP : ...........................................................................................................................................................................................

TEL: ............................................................................................................................................................................................

FAX: ………………………………………………………………………………………..……………................................…

ADRES INTERNETOWY …………………………………………………………………………………………...…….......….........…

ADRES E-MAIL ..........................................................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczenie Wykonawcy:** | **(ODPOWIEDŹ TAK/NIE)** |
| **Wykonawca należy do małych i średnich przedsiębiorstw** | ………………….……….. |
| **Wykonawca składa ofertę jako osoba fizyczna**  | ………………………… |

**UWAGA:**

**W przypadku złożenia oferty przez osobę fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej cena oferty brutto musi zawierać składki emerytalno-rentowe, składkę zdrowotną, podatki wymagane zgodnie z przepisami prawa zarówno po stronie zleceniodawcy jak i zleceniobiorcy (tzw. brutto brutto). Wykonawca na etapie zawierania umowy złoży szczegółowe oświadczenie w powyższym zakresie. Postanowienia tego paragrafu zostaną doprecyzowane na etapie sporządzania umowy.**

|  |
| --- |
| **III. OFERTA** |

|  | **Nazwa** | **jednostka** | **Wartość netto jedn.** | **Wartość brutto jedn.** | **Liczba jednostek** | **Wartość łączna (brutto)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Przeprowadzenie zajęć „Plan gospodarczy podmiotu medycznego)” „MBA” – edycja I  | godzina |  |  | 10 |  |
| 2 | Opracowanie materiałów dydaktycznych | sztuka |  |  | 1 |  |
| Wartość całkowita usługi netto |  |
| Wartość całkowita usługi brutto |  |

**Ja niżej podpisany/a oświadczam, że**

1. Składam ofertę cenową na wykonanie usługi przeprowadzenia zajęć i opracowania materiałów opisanej w Zapytaniu ofertowym i oświadczam, że zapoznałem się z jego treścią.
2. Oferuję realizację przedmiotowej usługi za cenę brutto zgodnie z powyższą tabelą.
3. Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z Zapytaniem ofertowym.
4. Zapoznałem się w sposób wystarczający i konieczny ze szczególnym zakresem zamówienia zawartym w postępowaniu oraz wszystkimi informacjami niezbędnymi do zrealizowania zamówienia. Nieznajomość powyższego stanu nie może być przyczyną dodatkowych roszczeń finansowych.
5. OŚWIADCZAM, że wypełniłem/ am obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
6. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ do wykonania zamówienia w terminie wskazanym w Zapytaniu ofertowym.
7. AKCEPTUJĘ warunki płatności wskazane w Zapytaniu ofertowym oraz Istotnych Postanowieniach Umowy.
8. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy

w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

1. Oświadczam, że dysponuję wykładowcą posiadającym/posiadam:
* stopień naukowy ……… (proszę o wpisanie właściwego)
* doświadczenie zawodowe na stanowiskach menedżerskich w jednostkach ochrony zdrowia ………..(proszę o wpisanie liczby lat).

*Data i podpis Wykonawcy / czyni*

|  |
| --- |
|  |