**FORMULARZ SZACOWANIA WARTOŚCI ZAMÓWIENIA z dnia 05.10.2020r.**

Tytuł projektu: Realizacja regionalnego programu zdrowotnego - Zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z chorobami nowotworowymi

Oś priorytetowa 6: Rynek pracy

Działanie 6.6 Wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne

Poddziałanie 6.6.1 Wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne

**Dane Oferenta:**

**Nazwisko i imię: .....................................................................................**

**Adres: .....................................................................................................**

**Numer telefonu:......................................................................................**

**Adres poczty elektronicznej: ...................................................................**

Szacowanie wartości zamówienia dotyczy poniższego opisu przedmiotu zamówienia:

Przeszkolenie personelu medycznego (ok. 68 os., w tym chirurgów onkologów, onkologów klinicznych, hematologów i in.) w zakresie przeprowadzenia lekarskiego badania kwalifikacyjnego pacjentów z noworozpoznaną chorobą nowotworową celem zaszczepienia przeciwko pneumokokom i/lub grypie.

Informuję, że wartość rynkowa wykonania zamówienia w zakresie przeszkolenia personelu medycznego, uwzględniająca wszystkie elementy składowe zamówienia, w zakresie określonym w Opisie Przedmiotu Zamówienia wynosi: …………………………………………………..zł brutto za jedną godzinę lekcyjną szkolenia .

**OPIS SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU**

Imię i nazwisko wykonawcy/ wykonawcy rekomendowanego\* do realizacji zamówienia

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

Posiadam ukończone studia wyższe na kierunku ………………………………………………………..

Posiadam nast. specjalizację…………………………………………………………………………………………

Posiadam tytuł naukowy………………………………………………………………………………………………

Posiadam 2 letnie doświadczenie w realizacji szkoleń o tożsamej tematyce w zakresie na jaki składam ofertę w okresie ostatnich pięciu lat licząc od daty zapytania ofertowego

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tematyka/tytuł zadania** | **Nazwa zleceniodawcy** | **Data realizacji (od miesiąc/rok) do miesiąc/rok)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*proszę odpowiednio skreślić

|  |  |
| --- | --- |
| …………………..…….Miejscowość, data  | ……………………………………….………………………..Podpis Oferenta lub Osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta |