***Załącznik nr 3 do SWZ***

**OFERTA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*ZAMAWIAJĄCY –* **Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie**

**ul. Pocztowa 54, 22-100 Chełm;**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nazwa (Firma) Wykonawcy –

…………………………………………………………………….…………………………………………………………………………..……….,

Adres siedziby –

…………………………………………………………………………………..……………………………………………………………….……,

Adres do korespondencji (*jeśli inny*) –

……………………………………............……………………………..........……………………………………………………………..……,

Tel./fax.: .................................................................; E-mail: ............................................................;

NIP: .................................................................; REGON: .........................................................;

Nawiązując do ogłoszonego postępowania w trybie podstawowym bez negocjacji na wyłonienie Wykonawców w postępowaniu pod nazwą **„*Przeprowadzenie praktyk zawodowych z przedmiotu Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna w  roku akademickim 2023/2024 semestr letni*”**, składamy poniższą ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia (SWZ):

**Cena oferty[[1]](#footnote-1)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr części** | **Nazwa usługi** | **Ilość godzin dla 1 grupy** | **Cena za 1  godz. w zł**  **brutto** | **Wartość w zł brutto**(3x4) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1 | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **2** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **3** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **4** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **5** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **6** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **7** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **8** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **9** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **10** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **11** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **12** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **14** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **15** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **16** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **17** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **18** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **19** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **20** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **21** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **22** | przeprowadzenie praktyk z Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna– 40 godzin – 1 grupa | 40 |  |  |
| **Razem:** | | | |  |

**Komórka organizacyjna, w której realizowane będą praktyki zawodowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr Części** | **Komórka organizacyjna określona przez Zamawiającego** | **Miejsce realizacji praktyk[[2]](#footnote-2)** |
| **1** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **2** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **3** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **4** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **5** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **6** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **7** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **8** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **9** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **10** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **11** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **12** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **13** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **14** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **15** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **16** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **17** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **18** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **19** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **20** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **21** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |
| **22** | Szpital – oddział pulmonologiczny, oddział intensywnej terapii medycznej, poradnia domowego leczenia tlenem, ośrodek hiperbarii |  |

**Oświadczam, że** podmiot, w którym realizowane będą praktyki zawodowe spełnia następujące kryteria[[3]](#footnote-3):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| podmiot posiadający podpisany kontrakt z NFZ na realizację świadczeń medycznych | TAK | NIE |
| podmiot posiadający podpisaną umowę na organizację zajęć praktycznych/praktyk zawodowych studenckich z Uczelnią | TAK | NIE |
| podmiot dysponujący odpowiednią bazą do przeprowadzenia praktyk zawodowych | TAK | NIE |
| podmiot zatrudniający personel medyczny o wysokich kwalifikacjach zawodowych niezbędnych do prowadzenia praktyk zawodowych na kierunku Pielęgniarstwo | TAK | NIE |
| podmiot prowadzący działalność leczniczą na terenie województwa lubelskiego | TAK | NIE |

1. **OŚWIADCZAMY,** że zrealizujemy w terminie określonym przez Zamawiającego w SWZ.
2. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte.
3. **OŚWIADCZAMY,** że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
4. **OŚWIADCZAMY,** że jesteśmy związani niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia 07.03.2024 r.
5. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy, określonymi w Załączniku nr 1 do Specyfikacji Warunków Zamówienia i **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ,** w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach w nich określonych.
6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*

|  |  |
| --- | --- |
| *……………………………………… miejscowość i data* | *Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy* |

*Informacja dla Wykonawcy:*

*Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanych lub podpisem osobistym   
i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.*

*\* niepotrzebne skreślić*

*\*\* 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 Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia*

*następuje np. przez jego wykreślenie).*

***Załącznik nr 4 do SWZ***

**Zamawiający**

**Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w  Chełmie**

**ul. Pocztowa 54, 22-100 Chełm**

Wykonawca:

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

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

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

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

***Oświadczenie Wykonawcy***

**UWZGLĘDNIAJĄCE PRZESŁANKI WYKLUCZENIA Z ART. 7 UST. 1 USTAWY o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

***składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.***

***Prawo zamówień publicznych (dalej jako: Pzp)***

***DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA***

***ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU***

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „***Przeprowadzenie praktyk zawodowych z przedmiotu Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych - tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna w  roku akademickim 2023/2024 semestr letni***” prowadzonego przez Państwową Akademię Nauk Stosowanych w Chełmie, ul.  Pocztowa 54, 22-100 Chełm, oświadczam, że:

1. nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp;
2. spełniam warunki udziału w postępowaniu, określone na podstawie art. 112 ustawy Pzp, określone w Rozdziale VIII SWZ
3. nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego* (Dz. U. z 2023 r. poz. 1497, 1859)*[[4]](#footnote-4)*.

|  |  |
| --- | --- |
| *……………………………………… miejscowość i data* | *Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, zaufanym lub osobistym przez osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy* |

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w  art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 lub 6 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| *……………………………………… miejscowość i data* | *Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, zaufanym lub osobistym przez osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy* |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z  prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

|  |  |
| --- | --- |
| *……………………………………… miejscowość i data* | *Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, zaufanym lub osobistym przez osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy* |

1. Proszę wy13pełnić w zakresie części na które składana jest oferta. [↑](#footnote-ref-1)
2. Proszę wskazać miejsce realizacji (nazwę podmiotu, oddziału) praktyk zawodowych. [↑](#footnote-ref-2)
3. Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, zwanej dalej „ustawą”,* z postępowania   
   o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

   1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r.   
   o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1124 z p. zm.) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 120, 295, 1598), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy. [↑](#footnote-ref-4)