Załącznik nr 2 do Zaproszenia do złożenia oferty

Siedlce, dn.

Nazwa Wykonawcy

**Oświadczenie Wykonawcy :**

W odpowiedzi na zaproszenia do złożenia oferty w trybie zapytania ofertowego oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu:

1. posiadam uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności określonej zapytaniem ofertowym o ile przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania
2. znajduję się w sytuacji ekonomiczno-finansowej zapewniającej prawidłowe wykonanie umowy
3. dysponuje potencjałem organizacyjnym i technicznym a także osobami zdolnymi do wykonania zamówienia
4. zakres prowadzonej przeze mnie działalności obejmuje świadczenie usług określonych   
   w przedmiocie zapytania ofertowego.

data i czytelny podpis osoby   
upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy

Załącznik nr 3 do Zaproszenia do złożenia oferty

Siedlce, dn.

Nazwa Wykonawcy

**Oświadczenie**

**o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia dotyczącego przeprowadzenia szkoleń dla personelu medycznego pt. *„Realizacja praw pacjenta   
w podmiocie leczniczym”* ze względu na powiązania osobowe lub kapitałowe z Zamawiającym. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem   
i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy.

data i czytelny podpis osoby   
upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy

Załącznik nr 4 do Zaproszenia do złożenia oferty

Siedlce, dn.

Nazwa Wykonawcy

**Wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia:**

Nazwisko i imię:…………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

E-mail: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Imię i nazwisko trenera** | **Poziom wykształcenia** | **Liczba lat doświadczenia w realizacji szkoleń (od do)** | **Liczba godz. zrealizowanych szkoleń (tytuł szkolenia, data realizacji, wykaz godz.)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

data i czytelny podpis osoby   
upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy

Załącznik nr 5 do Zaproszenia do złożenia oferty

Siedlce, dn.

Nazwa Wykonawcy

**Wykaz przeprowadzonych szkoleń:**

Oświadczam, iż w okresie ostatnich dwóch lat przeprowadziłem szkolenia z zakresu prawa medycznego dla podmiotów leczniczych zgodnie z załączonym wykazem:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa podmiotu leczniczego** | **Nazwa szkolenia** | **Okres realizacji szkolenia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

data i czytelny podpis osoby   
upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy