Łódź, dn.4.04.2019r.

**ROZEZNANIE CENOWE**

**w ramach projektu :**

W związku z realizacją przez Zamawiającego w partnerstwie z WWWCOiT im Kopernika   
w Łodzi projektu pt.: „Działania profilaktyczne w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego dla mieszkańców województwa łódzkiego Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi”  
 o nr RPLD.10.03.03-10-0004/18-00

**zwracamy się z prośbą o przedstawienie oferty cenowej na wykonanie zamówienia polegającego na przeprowadzeniu dwóch warsztatów edukacyjnych dla personelu medycznego z placówek POZ**

**I. ZAMAWIAJĄCY**

**Porozumienie Łódzkie- Łódzki Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia**

**ul. Pilota Stanisława Wigury 9 lok. 6,**

**90-302 Łódź**

NIP: 7282635976,

**LIDER PROJEKTU:**

**Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii  
im. M. Kopernika w Łodzi**”

ul. Pabianicka 62 93-513 Łódź

NIP: 729-23-45-599

**II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:**

Realizacja usługi przeprowadzenia dwóch warsztatów edukacyjnych dla personelu medycznego z placówek POZ.

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

Przedmiotem zamówienia jest wyłonienie osoby, która poprowadzi dwa warsztaty   
dla personelu medycznego z placówek POZ na temat nowotworów jelita grubego,   
jego objawów klinicznych, sposobów diagnostyki i leczenia (1w 2019 roku, 1 w 2020 roku). Każdorazowo warsztat obejmie do 15 osób i będzie trwał 3 godziny.

**III. TERMIN I MIEJSCERE RALIZACJI ZADAŃ:**

Przewidywany termin realizacji zamówienia: II kwartał 2019 i I kwartał 2020.

Okres realizacji może ulec zmianie w przypadku wprowadzania zmian do projektu.

Miejsce realizacji zamówienia:

* Porozumienie Łódzkie - ŁZPOZ, 90-302 Łódź,  
  ul. Wigury 9/6.

**IV. OSOBĄ PROWADZĄCĄ WARSZTAT MOŻE ZOSTAĆ WYKONAWCA SPEŁNIAJĄCY WARUNEK:**

Osoba z wykształceniem lekarskim, pielęgniarskim lub absolwenci kierunku   
zdrowie publiczne.

**V. CEL ROZEZNANIA RYNKU:**

Celem przeprowadzenia rozeznania rynku jest ustalenie ceny rynkowej.

**UWAGA**:

Zamawiający zastrzega sobie, iż otrzymane w wyniku przeprowadzonego rozeznania oferty nie wiążą Zamawiającego.

**VI. TERMIN I MI8EJSCE SKŁADANIA OFERT:**

Oferty można składać do **12.04.2019** do godziny 12:00

Ww. ofertę prosimy przesyłać na adres mailowy: [biuro@porozumienielodzkie.pl](mailto:biuro@porozumienielodzkie.pl) lub pocztą tradycyjną, kurierem lub też dostarczyć osobiście do Biura Partnera Projektu,   
Porozumienie Łódzkie- Łódzki Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia,   
ul. Pilota Stanisława Wigury 9 lok. 6, 90-302 Łódź

**XI. KONTAKT:**

Dodatkowych informacji udziela Marzena Bielecka pod nr telefonu 42 673-80-20 oraz pod adresem email: biuro@porozumienielodzkie.pl.

miejscowość………………………., dnia………………2019r.

**OFERTA**

Nazwa Wykonawcy:…………………………………………...………………………………………………………………………………..

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

NIP: ……………………………………………………………………...……………………………………………………………………………

tel./fax/Adres www/adres e-mail: ………………………..……………………………………………..……………………………………………………………………………………

W odpowiedzi na zamówienie dotyczące **usługi przeprowadzenia dwóch warsztatów edukacyjnych dla personelu w projekcie**  „Działania profilaktyczne w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego dla mieszkańców województwa łódzkiego Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi”

oferuję kwotę brutto **……………………………. zł za przeprowadzenie 1h warsztatów edukacyjnych   
dla personelu w projekcie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p |  | **Cena jednostkowa w PLN** |
| 1 | **Oferowana CENA NETTO**  za przeprowadzenie 1h warsztatów edukacyjnych | ………………………. |
| 2 | **Stawka VAT** – wyrażona w % - jeśli dotyczy | ……………………… |
| 3 | **Oferowana CENA BRUTTO**  za przeprowadzenie 1h warsztatów edukacyjnych (cena zawiera wszystkie koszty wykonania usługi i narzuty na cenę)   *jeśli dotyczy- koszty wynagrodzenia, podatek od towarów i usług, niezbędne obciążenia publicznoprawne, podatki, składki ZUS, w tym składki ZUS opłacane przez Zamawiającego tzw. „pochodne” od wynagrodzenia* | ………………………… |

……………………………………

podpis i pieczęć osoby(ób) uprawnionej(-ych)