

Warszawa, dnia .....

**Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem” z siedzibą w Warszawie**, przy ul. Lindleya 16, 02-013 Warszawa, zarejestrowaną w Rejestrze Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej pod numerem KRS 0000306262, REGON 141475165, NIP 5222893219

**FORMULARZ OFERTY**

**NA ŚWIADCZENIE USŁUG OBSŁUGI PRAWNEJ Z ZAKRESU PRAW PACJENTA PRO BONO**

**NUMER POSTĘPOWANIA** .....

**PEŁNA NAZWA WYKONAWCY:**  
.....

**ADRES SIEDZIBY WYKONAWCY:**  
.....

**NIP:** .....

**REGON:** .....

**TELEFON/FAX:** .....

**E-MAIL:** .....

Niniejszym składamy ofertę na świadczenie usług obsługi prawnej z zakresu praw pacjenta pro bono na rzecz członków i podopiecznych Stowarzyszenia Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem” z siedzibą w Warszawie.

Oświadczamy, iż:

1. Zapoznaliśmy się z treścią zapytania ofertowego i w pełni je akceptujemy;
2. Posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie do realizacji zamówienia o charakterze pro bono;
3. Akceptujemy okoliczność, iż zamówienie ma charakter pro bono;
4. Zobowiązujemy się do wykonywania zamówienia przez czas nieokreślony z zachowaniem najwyższej zawodowej staranności;
5. Przedmiot zamówienia zamierzamy wykonać osobiście\*/ z pomocą podwykonawców (*należy wskazać także zakres podwykonawstwa*)\*: .....
6. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas trwania postępowania konkursowego;
7. Załącznikami do niniejszego formularza są:

- a. Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu;
- b. Wykaz osób, które będą świadczyły usługę;
- c. Wykaz przeprowadzonych szkoleń;
- d. Wykaz publikacji

*Data i podpis Wykonawcy*

Warszawa, dnia .....

**Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem” z siedzibą w Warszawie**, przy ul. Lindleya 16, 02-013 Warszawa, zarejestrowaną w Rejestrze Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej pod numerem KRS 0000306262, REGON 141475165, NIP 5222893219

**NUMER POSTĘPOWANIA .....**

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

PEŁNA NAZWA WYKONAWCY: .....

ADRES SIEDZIBY WYKONAWCY: .....

NIP: .....

REGON: .....

TELEFON/FAX: .....

E-MAIL: .....

Niniejszym oświadczam, iż spełniam/y warunki udziału w postępowaniu, którego przedmiotem jest świadczenie usług obsługi prawnej z zakresu praw pacjenta pro bono na rzecz członków i podopiecznych Stowarzyszenia Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem” z siedzibą w Warszawie, tj:

- 1) posiadam/y niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuje/my potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, tj. min. jedna osoba świadcząca obsługę prawną posiada tytuł zawodowy magistra prawa oraz prawo do wykonywania zawodu radcy prawnego lub adwokata.
- 2) posiadam/y wiedzę z zakresu ochrony praw pacjenta,  
- w zakresie określonym przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym z dnia .....

*Data i podpis Wykonawcy*

Warszawa, dnia .....

**Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem” z siedzibą w Warszawie**, przy ul. Lindleya 16, 02-013 Warszawa, zarejestrowaną w Rejestrze Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej pod numerem KRS 0000306262, REGON 141475165, NIP 5222893219

**NUMER POSTĘPOWANIA** .....

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ ŚWIADCZYŁY USŁUGĘ**

PEŁNA NAZWA WYKONAWCY: .....

ADRES SIEDZIBY WYKONAWCY: .....

NIP: .....

REGON: .....

TELEFON/FAX: .....

E-MAIL: .....

Składając oferty w postępowaniu, którego przedmiotem jest świadczenie usług prawnych z zakresu praw pacjenta pro bono na rzecz członków i podopiecznych Stowarzyszenia Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem” z siedzibą w Warszawie, przedkładamy wykaz osób, które będą świadczyły ww. usługę:

Imię i Nazwisko	Doświadczenie i wykształcenie	Podstawa dysponowania

*Data i podpis Wykonawcy*

Warszawa, dnia .....

**Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem” z siedzibą w Warszawie**, przy ul. Lindleya 16, 02-013 Warszawa, zarejestrowaną w Rejestrze Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej pod numerem KRS 0000306262, REGON 141475165, NIP 5222893219

**NUMER POSTĘPOWANIA** .....

**WYKAZ PRZEPROWADZONYCH SZKOLEŃ**

PEŁNA NAZWA WYKONAWCY: .....

ADRES SIEDZIBY WYKONAWCY: .....

NIP: .....

REGON: .....

TELEFON/FAX: .....

E-MAIL: .....

Składając oferty w postępowaniu, którego przedmiotem jest świadczenie usług prawnych z zakresu praw pacjenta pro bono na rzecz członków i podopiecznych Stowarzyszenia Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem” z siedzibą w Warszawie, przedkładamy wykaz osób, które będą świadczyły ww. usługę:

Imię i Nazwisko trenera	Data szkolenia	Podmiot szkolony	Temat szkolenia	Liczba uczestników

*Data i podpis Wykonawcy*

Warszawa, dnia .....

**Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem” z siedzibą w Warszawie**, przy ul. Lindleya 16, 02-013 Warszawa, zarejestrowaną w Rejestrze Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej pod numerem KRS 0000306262, REGON 141475165, NIP 5222893219

**NUMER POSTĘPOWANIA** .....

**WYKAZ PUBLIKACJI**

PEŁNA NAZWA WYKONAWCY: .....

ADRES SIEDZIBY WYKONAWCY: .....

NIP: .....

REGON: .....

TELEFON/FAX: .....

E-MAIL: .....

Składając oferty w postępowaniu, którego przedmiotem jest świadczenie usług prawnych z zakresu praw pacjenta pro bono na rzecz członków i podopiecznych Stowarzyszenia Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem” z siedzibą w Warszawie, przedkładamy wykaz osób, które będą świadczyły ww. usługę:

Imię i Nazwisko autora	Tytuł publikacji	Data publikacji	Miejsce publikacji	Rodzaj publikacji (artykuł/podręcznik)

*Data i podpis Wykonawcy*