

..... dnia .....

[pieczęćka firmowa]

## OFERTA

### I. DANE WYKONAWCY:

1. Pełna nazwa .....
- .....
2. Przedstawiciel producenta\* .....
- .....
3. Adres i siedziba [kod, miejscowość, ulica, powiat, województwo]  
.....
- .....
4. Adres do korespondencji [wypełnić jeśli jest inny niż adres siedziby]  
.....
- .....
5. REGON .....
6. Telefon [z numerem kierunkowym] .....
7. Faks [z numerem kierunkowym] .....
8. E-Mail .....

### II. PRZEDMIOT OFERTY:

dotyczy zamówienia publicznego prowadzonego w trybie „przetargu nieograniczonego” przez:  
**Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, Al. Jerozolimskie 155, 02-326 Warszawa**  
 znak: ZZZP-47/17 na:

**WYBÓR 2 EKSPERTÓW POMOCNICZYCH W DZIEDZINIE LECZENIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH (Z WYŁĄCZENIEM HIV I WZW)**

**ORAZ**

**WYBÓR 1 EKSPERTA DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO/EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA W DZIEDZINIE LECZENIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH (Z WYŁĄCZENIEM HIV I WZW);**

**CZĘŚCI:....., .....**

(należy podać wszystkie numery części, na które Wykonawca składa ofertę i wypełnić właściwe tabele cenowe - pkt III)

PROJEKT WSPÓLFINANSOWANY PRZEZ UNIĘ EUROPEJSKĄ ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO  
 W RAMACH PROGRAMU OPERACYJNEGO WIEDZA EDUKACJA ROZWÓJ



UNIA EUROPEJSKA  
 EUROPEJSKI  
 FUNDUSZ SPOŁECZNY



\* wypełnić fakultatywnie

## III. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW

## CZĘŚĆ 1

1. **Cena oferty** (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ  
wartość wpisana w kolumnie 3 jest cena ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (kryterium nr 1):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	CENA ZA UDZIAŁ W JEDNYM SPOTKANIU W PLN	CENA CAŁKOWITA BRUTTO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W PLN (WARTOŚĆ Z KOLUMNY NR 2 X 21 SPOTKAŃ)*
1	2	3
WYBÓR EKSPERTA POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE LECZENIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH (Z WYŁĄCZENIEM HIV I WZW)- EKSPERT 1	.....	.....

\* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ VAT: ..... %

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 3 - wynosi słownie:

2. **Dyspozycyjność** (waga w ocenie ofert : 20 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2)

Dyspozycyjność od momentu wezwania przez Zamawiającego: ..... godzin (należy podać do pełnej godziny).

3. **Zastępstwo** (waga w ocenie ofert : 15 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. SIWZ (kryterium nr 3)

Zastępstwo ..... % spotkań - Wykonawca zobowiązuje się nie przekroczyć tego limitu w przypadku przekazania osobom trzecim czynności powierzonych przez Wykonawcę pierwotnie wskazanym przez niego osobom.

4. **Gotowość do udziału pracach innej grupy roboczej** (waga w ocenie ofert : 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.4. SIWZ (kryterium nr 4)

Udział w .... spotkaniach innych grup roboczych.

## CZĘŚĆ 2

1. **Cena oferty** (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ  
wartość wpisana w kolumnie 3 jest cena ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (kryterium nr 1):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	CENA ZA UDZIAŁ W JEDNYM SPOTKANIU W PLN	CENA CAŁKOWITA BRUTTO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W PLN (WARTOŚĆ Z KOLUMNY NR 2 X 21 SPOTKAŃ)*
1	2	3
WYBÓR EKSPERTA POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE LECZENIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH (Z WYŁĄCZENIEM HIV I WZW)- EKSPERT 2	.....	.....

\* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ VAT: ..... %

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 3 - wynosi słownie:

**2. Dyspozycyjność** (waga w ocenie ofert : 20 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2)

**Dyspozycyjność od momentu wezwania przez Zamawiającego: ..... godzin** (należy podać do pełnej godziny).

**3.Zastępstwo** (waga w ocenie ofert : 15 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. SIWZ (kryterium nr 3)

Zastępstwo ..... % spotkań - Wykonawca zobowiązuje się nie przekroczyć tego limitu w przypadku przekazania osobom trzecim czynności powierzonych przez Wykonawcę pierwotnie wskazanym przez niego osobom.

**4.Gotowość do udziału pracach innej grupy roboczej** (waga w ocenie ofert : 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.4. SIWZ (kryterium nr 4)

Udział w .... spotkaniach innych grup roboczych.

### CZĘŚĆ 3

**1. Cena oferty** (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ

wartość wpisana w kolumnie 3 jest cena ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (kryterium nr 1):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	CENA ZA UDZIAŁ W JEDNYM SPOTKANIU W PLN	CENA CAŁKOWITA BRUTTO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W PLN (WARTOŚĆ Z KOLUMNY NR 2 X 21 SPOTKAŃ)*
1	2	3
<p><b>WYBÓR EKSPERTA DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO/EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA W DZIEDZINIE LECZENIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH (Z WYŁĄCZENIEM HIV I WZW)</b></p>	.....	.....

\* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ VAT: ..... %

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 3 - wynosi słownie:

.....

**2. Dyspozycyjność** (waga w ocenie ofert : 20 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2)

**Dyspozycyjność od momentu wezwania przez Zamawiającego: ..... godzin** (należy podać do pełnej godziny).

**3.Zastępstwo** (waga w ocenie ofert : 15 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. SIWZ (kryterium nr 3)

Zastępstwo ..... % spotkań - Wykonawca zobowiązuje się nie przekroczyć tego limitu w przypadku przekazania osobom trzecim czynności powierzonych przez Wykonawcę pierwotnie wskazanym przez niego osobom.

**4.Gotowość do udziału pracach innej grupy roboczej** (waga w ocenie ofert : 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.4. SIWZ (kryterium nr 4)

Udział w .... spotkaniach innych grup roboczych.

#### IV. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW SIWZ DOTYCZĄCYCH PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA I OBOWIĄZKÓW WYKONAWCY

1. **Termin realizacji** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 2 SIWZ]:  
Niniejszym potwierdzam i akceptuję terminy i warunki realizacji zamówienia określone w rozdz. V pkt 2 SIWZ.
2. **Warunki płatności** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 3 SIWZ]:  
Niniejszym potwierdzam i akceptuję warunki płatności określone w rozdz. V pkt 3 SIWZ.
3. **Sposób kalkulacji ceny** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 4 SIWZ]:  
Niniejszym potwierdzam sposób kalkulacji ceny przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale V pkt 4 SIWZ.
4. **Obowiązki wykonawcy** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 5 SIWZ]:  
Niniejszym przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na obowiązki Wykonawcy zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale V pkt 5 SIWZ.

#### V. WPLATA WADIUM

[ Zgodnie z rozdziałem II Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia ]

#### CZĘŚCI:....., .....

(należy podać wszystkie numery części, na które Wykonawca wnosi wadium)

1. **Forma, w jakiej zostało wniesione wadium:**

..... zal. nr .....

2. **Numer konta, na jakie Zamawiający dokonuje zwrotu wadium:**

.....

(wypełnia się w przypadku wniesienia wadium w pieniądzu)

#### VI. OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ ZE SPECYFIKACJĄ ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA I POTWIERDZAM SPEŁNIENIE WSZYSTKICH ZAWARTYCH W NIEJ WYMOGÓW

#### VII. POTWIERDZAM PRZYJĘCIE DO WIADOMOŚCI ORAZ WYRAŻAM ZGODĘ NA WARUNKI I USTALENIA, KTÓRE BĘDĄ WPROWADZONE DO UMOWY

[Zgodnie z załącznikiem do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

#### VIII. CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRYCH WYKONANIE WYKONAWCA ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCOM

[zgodnie z art.36b ustawy P.z.p. / Patrz rozdział V pkt 6 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

**TAK / NIE \***

*\*niepotrzebne skreślić*

Jeśli **TAK** należy wypełnić

.....

#### IX. INFORMACJE STANOWIĄCE TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ZWALCZANIU NIEUCZLIWEJ KONKURENCJI

[Patrz rozdział I Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

**TAK / NIE \***

*\*niepotrzebne skreślić*

Określenie stron oferty, na której znajduje się tajemnica przedsiębiorstwa

.....

Wskazanie sposobu zabezpieczenia (np. złożenie w osobnej kopercie)

.....  
i określenie czego dotyczy :  
.....

Wykazanie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa :  
.....

**X. OŚWIADCZAM, ŻE WSZYSCY PRACOWNICY WYKONUJĄCY CZYNNOŚCI  
POLEGAJĄCE NA WYKONYWANIU PRACY W SPOSÓB OKREŚLONY W ART. 22 § 1  
USTAWY Z DNIA 26 CZWERWCA 1976r. KODEKS PRACY - BĘDĄ ZATRUDNIONI NA  
UMOWĘ O PRACĘ**

[Patrz rozdział V Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

**DOTYCZY/ NIE DOTYCZY \***

*\*niepotrzebne skreślić*

Jeżeli nie dotyczy należy podać uzasadnienie:  
.....  
.....

**XI. POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI ZAŁĄCZONYCH KOPII Z ORYGINAŁAMI**

Niniejszym oświadczam, iż wszystkie załączone do oferty kopie dokumentów są zgodne z oryginałem.

Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie \_\_\_\_\_ ponumerowanych stron.

Ponadto oświadczamy, że:

- jesteśmy związani ofertą przez 60 dni od upływu terminu na składanie ofert,
- w przypadku, gdy nasza oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, podpiszemy umowę w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć imienna  
osoby upoważnionej do reprezentowania firm*

LP.	WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO OFERTY	STRONA OFERTY
1.	Oświadczenie wykonawcy potwierdzające brak podstaw do wykluczenia z postępowania	
2.	Oświadczenie wykonawcy na temat kwalifikacji i doświadczenia	
...		
...		
...		

Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie \_\_\_\_\_ ponumerowanych stron.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy  
lub podpis osoby fizycznej*

**ZALĄCZNIK NR 1 DO OFERTY**POSTĘPOWANIE ZNAK: **ZZZP- 47/17**PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ  
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :WYBÓR 2 EKSPERTÓW POMOCNICZYCH W DZIEDZINIE LECZENIACHORÓB ZAKAŻNYCH (Z WYŁĄCZENIEM HIV I WZW) ORAZWYBÓR 1 EKSPERTA DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO/EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA W DZIEDZINIE LECZENIACHORÓB ZAKAŻNYCH (Z WYŁĄCZENIEM HIV I WZW), CZĘŚCI:.....*Pieczęć ubiegającego się o zamówienie***OŚWIADCZENIE WYKONAWCY****POTWIERDZAJĄCE BRAK PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA****- zgodnie z rozdz. IV ust. 1 pkt 1.6.,1.7.,1.8. SIWZ**

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: \_\_\_\_\_

reprezentując firmę [o ile dotyczy]: \_\_\_\_\_

oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy nie orzeczono tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ r.

*\_\_\_\_\_*  
*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*  
*lub podpis osoby fizycznej*

oświadczam, że ww. wykonawca/ firma w rozumieniu ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych nie zalega z opłacaniem podatków i opłat lokalnych.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ r.

*\_\_\_\_\_*  
*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*  
*lub podpis osoby fizycznej*

oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy:

- nie wydano prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne\*
- wydano wyrok lub decyzję\*

Jeśli tak: Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub informacja o zawarciu wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.

*\*niepotrzebne skreślić*

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ r.

*\_\_\_\_\_*  
*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*  
*lub podpis osoby fizycznej*

## ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZ-47/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :

[WYBÓR 2 EKSPERTÓW POMOCNICZYCH W DZIEDZINIE LECZENIA](#)[CHORÓB ZAKAŻNYCH \(Z WYŁĄCZENIEM HIV I WZW\) ORAZ](#)[WYBÓR 1 EKSPERTA DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO/EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA W DZIEDZINIE LECZENIA](#)[CHORÓB ZAKAŻNYCH \(Z WYŁĄCZENIEM HIV I WZW\),](#)[CZEŚCI:.....](#)

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**NA TEMAT KWALIFIKACJI I DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO WYKONAWCY  
LUB KADRY KIEROWNICZEJ WYKONAWCY

Imię i nazwisko osoby/eksperta, którym dysponuje lub będzie dysponował Wykonawca i który będzie uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:			
<b>Sekcja 1: Stopień naukowy/tytuł naukowy:</b>			
1.1. Najwyższy osiągnięty poziom wykształcenia/ tytuł albo stopień naukowy (zaznaczyć jeden):	• doktor	<input type="checkbox"/>	
	• doktor habilitowany	<input type="checkbox"/>	
	• profesor	<input type="checkbox"/>	
1.2. Ukończony kierunek studiów i uczelnia:			
<b>Sekcja 2: Wykształcenie:</b>			
2.1. Specjalizacja lub specjalizacje (jeżeli konieczne – zaznaczyć więcej niż jedno pole)			
anestezjologia i intensywne terapie	tak <input type="checkbox"/>	alergologia	tak <input type="checkbox"/>
audiologia i foniatria	tak <input type="checkbox"/>	balneologia i medycyna fizykalna	tak <input type="checkbox"/>
dermatologia i wenerologia	tak <input type="checkbox"/>	chirurgia dziecięca	tak <input type="checkbox"/>
chirurgia ogólna	tak <input type="checkbox"/>	chirurgia naczyniowa	tak <input type="checkbox"/>
chirurgia onkologiczna	tak <input type="checkbox"/>	chirurgia plastyczna	tak <input type="checkbox"/>
chirurgia stomatologiczna	tak <input type="checkbox"/>	chirurgia szczękowo-twarzowa	tak <input type="checkbox"/>
choroby metaboliczne	tak <input type="checkbox"/>	choroby płuc	tak <input type="checkbox"/>



choroby wewn.	tak <input type="checkbox"/>	choroby zakaźne	tak <input type="checkbox"/>	
diabetologia	tak <input type="checkbox"/>	endokrynologia i diabetologia dziecięca	tak <input type="checkbox"/>	
epidemiologia	tak <input type="checkbox"/>	Gastroenterologia	tak <input type="checkbox"/>	
gastroenterologia dziecięca	tak <input type="checkbox"/>	genetyka kliniczna	tak <input type="checkbox"/>	
immunologia	tak <input type="checkbox"/>	Laryngologia	tak <input type="checkbox"/>	
medycyna ratunkowa	tak <input type="checkbox"/>	medycyna rodzinna	tak <input type="checkbox"/>	
medycyna sportowa	tak <input type="checkbox"/>	mikrobiologia lekarska	tak <input type="checkbox"/>	
nefrologia	tak <input type="checkbox"/>	nefrologia dziecięca	tak <input type="checkbox"/>	
neonatologia	tak <input type="checkbox"/>	neurochirurgia	tak <input type="checkbox"/>	
okulistyka	tak <input type="checkbox"/>	onkologia kliniczna	tak <input type="checkbox"/>	
ortopedia i traumatologia narządu ruchu	tak <input type="checkbox"/>	ortodoncja	tak <input type="checkbox"/>	
otolaryngologia	tak <input type="checkbox"/>	otolaryngologia dziecięca	tak <input type="checkbox"/>	
pediatria	tak <input type="checkbox"/>	pediatria metaboliczna	tak <input type="checkbox"/>	
położnictwo i ginekologia	tak <input type="checkbox"/>	proktologia	tak <input type="checkbox"/>	
radiologia	tak <input type="checkbox"/>	rehabilitacja medyczna	tak <input type="checkbox"/>	
stomatologia dziecięca	tak <input type="checkbox"/>	stomatologia zachowawcza z endodoncją	tak <input type="checkbox"/>	
urologia	tak <input type="checkbox"/>	urologia dziecięca	tak <input type="checkbox"/>	
Inna (jaka?)	tak <input type="checkbox"/>			
2.2 Co najmniej 4-letnie doświadczenie kliniczne w zakresie danej dziedziny medycyny		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	
2.3 Co najmniej 2-letnie doświadczenie na stanowisku ordynatora/kierownika oddziału/kierownika kliniki w szpitalu klinicznym, wojewódzkim, lub wojskowym		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	
<b>Sekcja 3: Osiągnięcia naukowe<sup>1)</sup></b>				
3.1. Wykaz (ogólny) co najmniej 15 publikacji opublikowanych w czasopiśmie punktowanych przez MNiSW* (autorstwo lub współautorstwo). Liczbę wierszy i ich wysokość można zwiększać stosownie do potrzeb.				
L.p.	Tytuł publikacji	Autor/autorzy	Data publikacji (rok)	Nazwa czasopisma

<sup>1)</sup> Uwaga, sekcji 3 nie wypełnia się w odniesieniu do eksperta pomocniczego.

1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
3.2. Wykaz co najmniej 5 publikacji (spośród wymienionych w poz. 3.1) w zakresie epidemiologii/zdrowia publicznego/ekonomii zdrowia. Liczbę wierszy i ich wysokość można zwiększać stosownie do potrzeb.				
L.p.	Tytuł publikacji	Autor/autorzy	Data publikacji (rok)	Nazwa czasopisma
1.				

2.				
3.				
4.				
5.				
3.3 Wykaz co najmniej 3 publikacji (spośród wymienionych w poz. 3.2) odnoszących się do tematyki leczenia danej grupy chorób albo problemu medycznego, któremu dedykowana jest dana grupa robocza, w której pracach ekspert uczestniczy. Liczbę wierszy i ich wysokość można zwiększać stosownie do potrzeb.				
L.p.	Tytuł publikacji	Autor/autorzy	Data publikacji (rok)	Nazwa czasopisma
1.				
2.				
3.				

\* Poprzez zawarcie danych pozycji piśmienniczych w powyższym wyszczególnieniu Wykonawca oświadcza, że są one punktowane przez MNiSW.

**OŚWIADCZAM, ŻE WSZYSTKIE POWYŻSZE INFORMACJE SĄ PRAWDZIWE.**

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy  
lub podpis osoby fizycznej*