**Załącznik nr 1A do SIWZ**

**D10.251.132.F.2020**

**………………………………….2020**

…………………………………………..

Nazwa Wykonawcy

**Dla**

**Copernicus Podmiot**

**Leczniczy Sp. z o. o. w Gdańsku**

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie 1** *KONSULTANT MERYTORYCZNY/członek Rady Naukowej ds. Oceny i Ewaluacji/WYKŁADOWCA* | | | | |
| **Nr części** | **1**  **Usługa** | **2**  **Cena brutto za**  **1 godzinę** | **3**  **Liczba godzin** | **4**  **Cena brutto ogółem**  (poz. 2 x poz. 3) |
| 1 | Nadzór merytoryczny nad prawidłową realizacją wdrażania programu pilotażowego polityki zdrowotnej pn. Ogólnopolski program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa na terenie makroregionu północnego tj. województw: pomorskiego, warmińsko-mazurskiego i kujawsko-pomorskiego |  | **448** |  |
| 2 | Przygotowanie programu szkoleniowego, opracowanie materiałów edukacyjnych oraz prowadzenie wykładów i zajęć warsztatowych dla lekarzy i pielęgniarek medycyny pracy |  | **45** |  |
| 3 | Przygotowanie programu szkoleniowego, materiałów edukacyjnych oraz prowadzenie wykładów i zajęć warsztatowych dla pracodawców i pracowników BHP” |  | **35** |  |
| **Łączna cena brutto** | | | |  | |

……………………………………………………………..

*(data i podpis Wykonawcy)*

…………………………………………..

Nazwa Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 2** *FIZJOTERAPEUTA DO PROWADZENIA WARSZTATÓW REHABILITACJI RUCHOWEJ* | | | | | |
| **1**  **Usługa** | **2**  **Cena brutto za**  **1 uczestnika** | **3**  **Liczba uczestników** | **4**  **Cena brutto ogółem**  (poz. 2 x poz. 3) | |
| Świadczenie usług fizjoterapeuty dla uczestników projektu w formie warsztatów rehabilitacji ruchowej w ramach **I CYKLU (4 godz.)** |  | **180** |  | |
| Świadczenie usług fizjoterapeuty dla uczestników projektu w formie warsztatów rehabilitacji ruchowej w ramach **II CYKLU (3 godz.)** |  | **180** |  | |
| **Łączna cena brutto** | | | |  | |

……………………………………………………………..

*(data i podpis Wykonawcy)*

…………………………………………..

Nazwa Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 3** *FIZJOTERAPEUTA DO PROWADZENIA WARSZTATÓW REHABILITACJI RUCHOWEJ* | | | | | |
| **1**  **Usługa** | **2**  **Cena brutto za**  **1 uczestnika** | **3**  **Liczba uczestników** | **4**  **Cena brutto ogółem**  (poz. 2 x poz. 3) | |
| Świadczenie usług fizjoterapeuty dla uczestników projektu w formie warsztatów rehabilitacji ruchowej w ramach **I CYKLU (4 godz.)** |  | **180** |  | |
| Świadczenie usług fizjoterapeuty dla uczestników projektu w formie warsztatów rehabilitacji ruchowej w ramach **II CYKLU (3 godz.)** |  | **180** |  | |
| **Łączna cena brutto** | | | |  | |

……………………………………………………………..

*(data i podpis Wykonawcy)*

…………………………………………..

Nazwa Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 4** *FIZJOTERAPEUTA DO PROWADZENIA WARSZTATÓW REHABILITACJI RUCHOWEJ* | | | | | |
| **1**  **Usługa** | **2**  **Cena brutto za**  **1 uczestnika** | **3**  **Liczba uczestników** | **4**  **Cena brutto ogółem**  (poz. 2 x poz. 3) | |
| Świadczenie usług fizjoterapeuty dla uczestników projektu w formie warsztatów rehabilitacji ruchowej w ramach **I CYKLU (4 godz.)** |  | **180** |  | |
| Świadczenie usług fizjoterapeuty dla uczestników projektu w formie warsztatów rehabilitacji ruchowej w ramach **II CYKLU (3 godz.)** |  | **180** |  | |
| **Łączna cena brutto** | | | |  | |

……………………………………………………………..

*(data i podpis Wykonawcy)*

…………………………………………..

Nazwa Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 5** *FIZJOTERAPEUTA DO PROWADZENIA WARSZTATÓW REHABILITACJI RUCHOWEJ* | | | | | |
| **1**  **Usługa** | **2**  **Cena brutto za**  **1 uczestnika** | **3**  **Liczba uczestników** | **4**  **Cena brutto ogółem**  (poz. 2 x poz. 3) | |
| Świadczenie usług fizjoterapeuty dla uczestników projektu w formie warsztatów rehabilitacji ruchowej w ramach **I CYKLU (4 godz.)** |  | **180** |  | |
| Świadczenie usług fizjoterapeuty dla uczestników projektu w formie warsztatów rehabilitacji ruchowej w ramach **II CYKLU (3 godz.)** |  | **180** |  | |
| **Łączna cena brutto** | | | |  | |

……………………………………………………………..

*(data i podpis Wykonawcy)*