

.....
(pełna nazwa Przyjmującego zamówienie)

(WZÓR)

.....
(adres)

FORMULARZ OFERTY

na świadczenie usług pielęgniarских w Ośrodku Leczniczo – Rehabilitacyjnym „Pałac Kamieniec” sp. z o.o. w Kamieńcu

Zamawiający:
OŚRODEK LECZNICZO –
REHABILITACYJNY „Pałac Kamieniec”
Sp. z o.o.
Kamieniec, ul. Polna 2,
42 – 674 Zbrosławice

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

Świadczenie **usług pielęgniarских** na rzecz pacjentów oddziałów rehabilitacyjnych
Ośrodka Leczniczo – Rehabilitacyjnego „Pałac Kamieniec” Sp. z o.o.
w okresie od 01 września 2021 roku do 31 grudnia 2021 roku

1. Dane identyfikacyjne Przyjmującego zamówienie

| | | |
|-----|---|--|
| | Pełna nazwa Przyjmującego zamówienie (zgodnie z właściwym rejestrem) lub/i imię i nazwisko oferenta | |
| 1. | Numer wpisu z Rejestru Praktyk Zawodowych i Położonych lub rejestru podmiotów leczniczych lub innego rejestru (o ile dotyczy) | |
| 2. | Numer prawa wykonywania zawodu | |
| 3 | Specjalizacja, jeśli oferent posiada lub inne kwalifikacje | |
| 4. | Doświadczenie zawodowe (np. staż pracy, miejsca pracy) | |
| 5. | Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) (jeśli dotyczy) lub PESEL (jeśli dotyczy) | |
| 6. | Miejscowość | |
| 7. | Ulica, nr lokalu | |
| 8. | Kod pocztowy | |
| 9. | Telefon | |
| 10. | E-mail | |
| 11. | Numer rachunku bankowego | |

| | | |
|-----|--|--|
| 12. | Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentowania Przyjmującego zamówienie z zaznaczeniem osób uprawnionych do podpisania umowy (w przypadku gdy Przyjmującego zamówienie reprezentuje pełnomocnik , do oferty należy dołączyć pełnomocnictwo, z którego wynika zakres umocowania). | |
|-----|--|--|

Uwaga: dokument określony w pkt.2 należy załączyć do oferty jako kopię potwierdzoną za zgodność przez oferenta.

2. Nawiązując do ogłoszonego Konkursu ofert na wyłonienie Przyjmującego zamówienie w przedmiocie jak wyżej podano, oferuję/my następujące warunki udzielania świadczeń zdrowotnych:

a) kwota odpłatności za 1 godzinę świadczenia usług pielęgniarских wynosi:

..... złotych brutto, (słownie:).

b) deklarowana min. ilość godzin świadczenia usług pielęgniarских/4 m-cy :

..... tj. średnio na m-c:

(wpisać ilość godz. 4 m-cy)

(słownie ilość godzin/4 m-cy:)

.....
(data i podpis Przyjmującego zamówienie)

Załącznikami do niniejszego formularza oferty są:

1). Załącznik nr 1 - Oświadczenie Przyjmującego zamówienie

2) Prawo wykonywania zawodu pielęgniarки nr

3).

4).

5).