***Załącznik nr 1 do SWKO***

 ***Nr sprawy:* OLR/KO/Pielęg./Ratownik med./15/2021**

………….………………………………

 ( pełna nazwa Przyjmującego zamówienie)

(WZÓR)

………………………………..

 ( adres)

**FORMULARZ OFERTY**

*na świadczenie usług pielęgniarskich/ usług ratownika medycznego 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 pielęgniarskich/ usług ratownika medycznego** na rzecz pacjentów

Ośrodka Leczniczo – Rehabilitacyjnego „Pałac Kamieniec” Sp. z o.o.

w okresie od 01 października 2021 roku do 30 września 2022 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 pielęgniarskich wynosi:**

…………………. złotych brutto, (słownie: …………………………………..).

# **b) deklarowana min. ilość godzin świadczenia usług pielęgniarskich/12 m-cy** : ……………… tj. średnio na m-c: ……………………

# (wpisać ilość godz. 12 m-cy)

(słownie ilość godzin zadeklarowanych : …………………………………………..)

**c) kwota odpłatności za 1 godzinę świadczenia usług ratownika medycznego wynosi:**

…………………. złotych brutto, (słownie: …………………………………..)

# **d) deklarowana min. ilość godzin świadczenia usług ratownika medycznego/12 m-cy** : ……………… tj. średnio na m-c: ………………………

#  (wpisać ilość godz. 12 m-cy)

(słownie ilość godzin zadeklarowanych : …………………………………………..)

 …………………………………………….

1. (data i podpis Przyjmującego zamówienie)

Załącznikami do niniejszego formularza oferty są:

1). Załącznik nr 1 - Oświadczenie Przyjmującego zamówienie

2) Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki nr ………………

3). ………………………………………………………………..

4). …………………………………………………………………

5). …………………………………………………………………