***Załącznik do SWKO***

 ***Znak sprawy: OLR/KO/opiekun. med./19/2021***

………….………………………………

 ( pełna nazwa Przyjmującego zamówienie)

(WZÓR)

………………………………..

 ( adres)

**FORMULARZ OFERTY**

*na świadczenie usług udzielanych przez osoby wykonujące zawód opiekuna medycznego*

**Zamawiający:**

OŚRODEK LECZNICZO – REHABILITACYJNY

 „Pałac Kamieniec” Sp. z o.o.

 Kamieniec, ul. Polna 2, 42 – 674 Zbrosławice

**Przedmiot zamówienia:**

Świadczenie **usług udzielanych przez osoby wykonujące zawód opiekuna medycznego**

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

w okresie od 01 stycznia 2022 roku do 31 grudnia 2022 roku

***Znak sprawy: OLR/KO/opiekun med./19/2021***

**1. Dane identyfikacyjne Przyjmującego zamówienie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Pełna nazwa Przyjmującego zamówienie (zgodnie z właściwym rejestrem) lub imię i nazwisko |  |
| 2. | Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej |  |
| 3. | Numer statystyczny GUS (Regon) |  |
| 4. | Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) lub PESEL |  |
| 5. | Posiadane kwalifikacje- krótki opis |  |
| 6. | Województwo  |  |
| 7. | Miejscowość |  |
| 8. | Ulica, nr lokalu |  |
| 9. | Kod pocztowy |  |
| 10. | Poczta |  |
| 11. | Telefon |  |
| 12. | Faks |  |
| 13. | E-mail |  |
| 14. | Numer rachunku bankowego |  |
| 15. | 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: Odnośnie **pozycji 5** proszę załączyć dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje

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 medycznych opiekuna medycznego w Zakładzie Rehabilitacji Dziecięcej/ Zakładzie Psychiatrii Dziecięcej**(należy wskazać odpowiedni zakład leczniczy) **wynosi:**

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

# **b) Deklarowana ilość godzin świadczenia usług medycznych**: ………………………….

 (wpisać ilość godz/rok.)

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

 …………………………………………….

1. (data i podpis Przyjmującego zamówienie)

Załącznikami do niniejszego formularza oferty są:

1). Załącznik nr 1 - Oświadczenie Przyjmującego zamówienie

2). ………………………………………………………………..

3). ………………………………………………………………..

4). …………………………………………………………………

5). …………………………………………………………………