

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:)

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

Załącznikami do niniejszego formularza oferty są:

1). Załącznik nr 1 - Oświadczenie Przyjmującego zamówienie

2).

3).

4).

5).