***Załącznik do SWKO***

***Znak sprawy: OLR/KO/fizjoterapeuta/20/2021***

………….………………………………

( pełna nazwa Przyjmującego zamówienie)

(WZÓR)

………………………………..

( adres)

**FORMULARZ OFERTY**

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

**Zamawiający:**

OŚRODEK LECZNICZO – REHABILITACYJNY „Pałac Kamieniec”

Sp. z o.o

Kamieniec, ul. Polna 2, 42 – 674 Zbrosławice

**Przedmiot zamówienia:**

Świadczenie **usług fizjoterapeutycznych** na rzecz pacjentów

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

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

**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. | Prawo Wykonywania Zawodu Fizjoterapeuty  nr: .................. z dnia .............. |  |
| 4. | Numer statystyczny GUS (Regon) |  |
| 5. | Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) lub PESEL |  |
| 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!!** 1). do pozycji o nr: 2 -5 należy dołączyć kopie odpowiednich dokumentów.

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 fizjoterapeutycznych wynosi:**

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

**świadczenie usług fizjoterapeutycznych w następujących dniach tygodnia i godzinach:**

……………………………………………………………..

…………………………………………………………….

**b) kwota odpłatności za 1 pkt świadczenia usług fizjoterapeutycznych (fizjoterapia ambulatoryjna) wynosi:**

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

**świadczenie usług fizjoterapeutycznych (fizjoterapia ambulatoryjna) w następujących dniach tygodnia i godzinach:**

……………………………………………………………..

…………………………………………………………….

…………………………………………….

1. (data i podpis Przyjmującego zamówienie)

Załącznikami do niniejszego formularza oferty są:

1). Załącznik nr 1 - Oświadczenie Przyjmującego zamówienie

2). ……………………………………………………………….

3). ………………………………………………………………..

4). …………………………………………………………………

5). …………………………………………………………………