

.....
(pełna nazwa Przyjmującego zamówienie)

(WZÓR)

.....
(adres)

FORMULARZ OFERTY

na świadczenie specjalistycznych usług lekarskich 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 specjalistycznych **usług lekarskich w zakresie rehabilitacji medycznej** oraz pełnienie funkcji Kierownika Zakładu Rehabilitacji i Zakładu Ambulatoryjnego

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.	Numer wpisu do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej	
4.	Numer prawa wykonywania zawodu lekarza	
5.	Numer statystyczny GUS (Regon)	
6.	Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) lub Nr PESEL	
7.	Województwo	
8.	Miejscowość	
9.	Ulica, nr lokalu	
10.	Kod pocztowy	
11.	Poczta	
12.	Telefon	
13.	Faks	
14.	E-mail	
15.	Numer rachunku bankowego	
16.	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- 6 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 specjalistycznych usług lekarskich wynosi:

..... złotych brutto, (słownie:

b) kwota odpłatności za 1 godzinę świadczenia specjalistycznych usług lekarskich dyżurów pod telefonem wynosi:

..... złotych brutto, (słownie:

c) miesięczna zryczałtowana kwota odpłatności za pełnienie funkcji Kierownika Zakładu Rehabilitacji i Zakładu Ambulatoryjnego wynosi:

..... złotych brutto, (słownie:

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

Załącznikami do niniejszego formularza oferty są:

1). Załącznik nr 1 - Oświadczenie Przyjmującego zamówienie

2).....

3).

4).

5).