

.....  
(pełna nazwa Przyjmującego zamówienie)

(WZÓR)

.....  
(adres)

**FORMULARZ OFERTY**

*na świadczenie usług udzielanych przez osoby wykonujące zawód terapeuty zajęciowego*

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

**w okresie od 15 czerwca 2022 roku do 31 grudnia 2022 roku**

**Znak sprawy:** OLR/KO/terapeuta zajęciowy/2/2022

**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<br>( 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 terapeuty zajęciowego wynosi:**

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

**b) Deklarowana ilość godzin świadczenia usług terapeuty zajęciowego na Oddziałach Rehabilitacyjnych / ZPOP (odpowiednio podkreślić)**

.....

(wpisać ilość godz.)

(słownie ilość godzin: .....)

świadczonych w następujących dniach tygodnia i godzinach

.....

.....

(wpisać zgodnie z zapisem zawartym w pkt. IV SWKO)

.....

(data i podpis Przyjmującego zamówienie)

Załącznikami do niniejszego formularza oferty są:

1). Załącznik nr 1 - Oświadczenie Przyjmującego zamówienie

2). .....

3). .....

4). .....

5). .....