***Załącznik nr 1 do SWKO***

 ***Nr sprawy:* OLR/KO/PIELĘG./Ratownik med./4/2022**

………….………………………………

 ( pełna nazwa Przyjmującego zamówienie)

(WZÓR)

………………………………..

 ( adres)

**FORMULARZ OFERTY**

*na świadczenie usług pielęgniarskich/ usług ratownika medycznego w Ośrodku Leczniczo – Rehabilitacyjnym „Pałac Kamieniec” sp. z o.o. w Kamieńcu*

**Zamawiający:**

OŚRODEK LECZNICZO – REHABILITACYJNY „Pałac Kamieniec”

Sp. z o.o.

Kamieniec, ul. Polna 2,

42 – 674 Zbrosławice

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:**

Świadczenie **usług pielęgniarskich/ usług ratownika medycznego** na rzecz pacjentów

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

1. **w okresie od 01 września 2022 roku do 30 czerwca 2023 roku**
2. **w okresie od 01 września 2022 roku do 31 grudnia 2023 roku \***

**1. Dane identyfikacyjne Przyjmującego zamówienie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Pełna nazwa Przyjmującego zamówienie ( zgodnie z właściwym rejestrem) lub/i imię i nazwisko oferenta |  |
| 1.  | Numer wpisu z Rejestru Praktyk Zawodowych i Położonych lub rejestru podmiotów leczniczych lub innego rejestru (o ile dotyczy) |  |
| 2. | **Numer prawa wykonywania zawodu** |  |
| 3 | Specjalizacja, jeśli oferent posiada lub inne kwalifikacje |  |
| 4. | Doświadczenie zawodowe (np. staż pracy, miejsca pracy) |  |
| 5. | Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) (jeśli dotyczy) lub PESEL (jeśli dotyczy) |  |
| 6. | Miejscowość |  |
| 7. | Ulica, nr lokalu |  |
| 8. | Kod pocztowy |  |
| 9. | Telefon |  |
| 10. | E-mail |  |
| 11. | Numer rachunku bankowego |  |
| 12. | 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: dokument określony w pkt.2 należy załączyć do oferty jako kopię potwierdzoną za zgodność przez Przyjmującego zamówienie.

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 pielęgniarskich/ratownika medycznego \* na Oddziałach ZPOP/ Oddziałach Rehabilitacyjnych\* wynosi:**

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

# **b) deklarowana min. ilość godzin świadczenia usług pielęgniarskich/ratownika medycznego\*/10 m-cy/16 m-cy\*** : ……………… tj. średnio na m-c: ………………………

 (wpisać ilość godz. miesięcznie/)

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

 …………………………………………….

1. (data i podpis Przyjmującego zamówienie)

Załącznikami do niniejszego formularza oferty są:

1). Załącznik nr 1 - Oświadczenie Przyjmującego zamówienie

2) Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki nr ………………

3). ………………………………………………………………..

4). …………………………………………………………………

5). …………………………………………………………………

***\* odpowiednio skreślić***