

**Załącznik nr 1 do SWKO**  
**Nr sprawy: OLR/KO/PIEŁĘG./Ratownik med./4/2022**

.....  
(pełna nazwa Przyjmującego zamówienie)

(WZÓR)

.....  
(adres)

**FORMULARZ OFERTY**

*na świadczenie usług pielęgniarских/ 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 pielęgniarских/ usług ratownika medycznego** na rzecz pacjentów  
Ośrodka Leczniczo – Rehabilitacyjnego „Pałac Kamieniec” Sp. z o.o.

- a) w okresie od 01 września 2022 roku do 30 czerwca 2023 roku  
b) 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.	<b>Numer prawa wykonywania zawodu</b>	
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: .....)

.....  
(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**