***Załącznik Nr 1 do SWKO***

**Znak sprawy: OLR/KO/7/2022**

………….………………………………

( 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 2023 roku do 31 grudnia 2023 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: …………………………………..).

…………………………………………….

1. (data i podpis Przyjmującego zamówienie)

Załącznikami do niniejszego formularza oferty są:

1). Załącznik nr 1 - Oświadczenie Przyjmującego zamówienie

2…………………………………………………………………

3). ………………………………………………………………..

4). …………………………………………………………………

5). …………………………………………………………………