

**Załącznik do SWKO**  
**Znak sprawy: OLR/KO/fizjoterapeuta/5/2023**

.....  
(pełna nazwa Przyjmującego zamówienie)

(WZÓR)

.....  
(adres)

**FORMULARZ OFERTY**

*na świadczenie usług fizjoterapeutycznych 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 **usług fizjoterapeutycznych** na rzecz pacjentów  
Ośrodka Leczniczo – Rehabilitacyjnego „Pałac Kamieniec” Sp. z o.o.  
w okresie od 01 stycznia 2024 roku do 31 grudnia 2024 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.	Prawo Wykonywania Zawodu Fizjoterapeuty nr: ..... z dnia .....	
4.	Numer statystyczny GUS (Regon)	
5.	Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) lub PESEL	
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 (w przypadku gdy Przyjmującego zamówienie reprezentuje pełnomocnik, do oferty należy dołączyć pełnomocnictwo, z którego wynika zakres umocowania).	

**Uwaga!!** 1). do pozycji o nr: 2 -5 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 usług fizjoterapeutycznych wynosi:**

..... złotych brutto, (słownie: .....

**świadczenie usług fizjoterapeutycznych w następujących dniach tygodnia i godzinach:**

.....

.....

**b) kwota odpłatności za 1 pkt świadczenia usług fizjoterapeutycznych (fizjoterapia ambulatoryjna) wynosi:**

..... złotych brutto, (słownie: .....

**świadczenie usług fizjoterapeutycznych (fizjoterapia ambulatoryjna) w następujących dniach tygodnia i godzinach:**

.....

.....

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

Załącznikami do niniejszego formularza oferty są:

1). Załącznik nr 1 - Oświadczenie Przyjmującego zamówienie

2). .....

3). .....

4). .....

5). .....