***Załącznik nr 1 do SWKO***

 *Nr sprawy:* OLR/KO/ratownik medyczny/ratownik kpp/1/2024

………….………………………………

 ( pełna nazwa Przyjmującego zamówienie)

(WZÓR)

………………………………..

 ( adres)

**FORMULARZ OFERTY**

*na świadczenie usług ratownika medycznego/ratownika kpp 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 ratownika medycznego/ratownika kpp**

na rzecz pacjentów

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

**w okresie od 10 lutego 2024 roku do 31 stycznia 2026 roku**

**1. Dane identyfikacyjne Przyjmującego zamówienie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Pełna nazwa Przyjmującego zamówienie ( zgodnie z właściwym rejestrem) lub/i imię i nazwisko oferenta |  |
| 2.  | Numer wpisu z rejestru podmiotów leczniczych lub innego rejestru (o ile dotyczy) |  |
| 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, email |  |
| 10. | Numer rachunku bankowego |  |
| 11. | 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).  |  |

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 ratownika medycznego wynosi:**

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

# **b) deklarowana ilość godzin świadczenia usług ratownika medycznego w okresie**

# **od 10 lutego 2024 roku do 31 stycznia 2026 roku** …………………………………….

 (wpisać ilość godzin)

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

**c) kwota odpłatności za 1 godzinę świadczenia usług ratownika kpp wynosi:**

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

# **d) deklarowana ilość godzin świadczenia usług ratownika kpp w okresie**

# **od 10 lutego 2024 roku do 31 stycznia 2026 roku** …………………………………….

 (wpisać ilość godzin)

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

 …………………………………………….

1. (data i podpis Przyjmującego zamówienie)

Załącznikami do niniejszego formularza oferty są:

1). Załącznik nr 1 - Oświadczenie Przyjmującego zamówienie

2) …………………………………………………………………

3). ………………………………………………………………..

4). …………………………………………………………………

5). …………………………………………………………………