

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekłe Niepełnosprawnych
oraz Niesamodzielných
w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 44-67-500 fax 012 44-67-501
http://www.zol.krakow.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieście w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

.....
/pieczęć adresowa przyjmującego zamówienie/

Formularz ofertowy

Dane udzielającego zamówienia

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielných w Krakowie, ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków.
Nr telefonu: (12) 44-67-500.
Nr faxu: (12) 44-67-501.
e-mail: zol@zol.krakow.pl; strona WWW: www.mco.krakow.pl

Oferta

Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert **na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu z zakresu sprawowania opieki medycznej dla uczniów szkół i placówek specjalnych, dla których Gmina Miejska Kraków jest organem prowadzącym** oferujemy realizację przedmiotu zamówienia za cenę:

.....zł brutto za godzinę udzielania świadczeń
słownie:

Dane oferenta:

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego

.....



Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekłe Niepełnosprawnych
oraz Niesamodzielnych
w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 44-67-500 fax 012 44-67-501
http://www.zol.krakow.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczn.

NIP REGON

Pełnomocnik Nr tel. / e-mail

Na koordynatora udzielania świadczeń wyznaczamy:

Imię i nazwisko.....

Zobowiązujemy się do udzielania świadczeń zdrowotnych w:

3 / 6 / 9 / 12* szkołach i placówkach specjalnych.

*(zakreślić odpowiednie)

Ponadto:

1. W przypadku przyznania Nam / mojej osobie zamówienia, **zobowiązuję się** do realizacji zamówienia **w terminie** wskazanym przez Zamawiającego.
2. Oferta została złożona na **stronach** podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr do nr
3. Informujemy także, iż osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym jest
Pani/Pan....., tel.,
fax., e-mail
4. Posiadam(-y) następujący numer konta bankowego:
5. Jako swoje miejsce zamieszkania wskazuję(-my)

.....
(wypełniają tylko Wykonawcy, którzy prowadzą działalność gospodarczą, jako osoby fizyczne)

.....
/Miejscowość i data/

.....
/Upelnomocnieni przedstawiciele Wykonawcy/

