



Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 658-43-24 fax 012 658-43-76
<http://www.zol.krakow.pl>
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141



Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

.....
/pieczęć adresowa Wykonawcy/

Formularz ofertowy

Dane Zamawiającego

Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Krakowie, ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków

Nr telefonu: (12) 658-43-24

Nr faxu: (12) 658-43-76

e-mail: sekretariat@zol.krakow.pl; strona WWW: www.zol.krakow.pl

Oferta

Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert na **zorganizowanie i przeprowadzenie terapii zajęciowych dla pacjentów Zamawiającego** w ramach projektu „Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej” współfinansowanego ze środków MF EOG 2009-2014 i NMF 2009-2014 w ramach programu PL07 „Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno – epidemiologicznych” oferuję (-my) realizację przedmiotu zamówienia za cenę*:

***należy wypełnić wybraną część zamówienia**



Projekt „Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej” dofinansowany przez Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego na lata 2009-2014 i Norweski Mechanizm Finansowy na lata 2009-2014



Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 658-43-24 fax 012 658-43-76
http://www.zol.krakow.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141



Część nr 1 – terapia zajęciowa w formie dogoterapii

brutto: zł za jedno zajęcie

słownie:

Dane oferenta – podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

A. Podmiot leczniczy

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....

NIP REGON

Pełnomocnik Nr tel. / e-mail

B. Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą **

Imię i nazwisko

Miejsce zamieszkania

Miejsce wykonywania działalności: kod miejscowość

ulica nr

telefon....., e-mail.....

PESEL NIP REGON

****Proszę właściwą pozycję wypełnić, a niepotrzebną przekreślić**



*Projekt „Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie
oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”
dofinansowany przez Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego na lata
2009-2014 i Norweski Mechanizm Finansowy na lata 2009-2014*



Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 658-43-24 fax 012 658-43-76
http://www.zol.krakow.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141



Część nr 2 – terapia zajęciowa w formie hortiterapii

brutto: zł za osobozajęcie¹
słownie:

Dane oferenta – podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

A. Podmiot leczniczy

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

NIP REGON

Pełnomocnik Nr tel. / e-mail

B. Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą **

Imię i nazwisko

Miejsce zamieszkania

Miejsce wykonywania działalności: kod miejscowość

ulica nr

telefon....., e-mail.....

PESEL NIP REGON

****Proszę właściwą pozycję wypełnić, a niepotrzebną przekreślić**



¹ przez osobozajęcie rozumie się prowadzenie terapii przez 45 minut dla jednej osoby

**Projekt „Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie
oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”
dofinansowany przez Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego na lata
2009-2014 i Norweski Mechanizm Finansowy na lata 2009-2014**



Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 658-43-24 fax 012 658-43-76
<http://www.zol.krakow.pl>
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141



Ponadto oświadczam iż:

1. Przedmiot zamówienia wykonam (-y) **w terminie od dnia zawarcia umowy do 30 września 2016 r.**
2. W przypadku przyznania Nam / mojej osobie zamówienia, **zobowiązuję(my) się** do realizacji zamówienia **w terminie** wskazanym przez Zamawiającego.
3. Oferta została złożona na **stronach** podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr do nr
4. Informuję także, iż osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym jest
Pani/Pan....., tel.,
fax., e-mail
5. Posiadam(-y) następujący numer konta bankowego:,
numer NIP: oraz numer REGON
6. Jako swoje miejsce zamieszkania wskazuję(-my)

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

.....
/ Miejsowość i data/

.....
/Upelnomocnieni przedstawiciele Wykonawcy/



**Projekt „Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie
oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”
dofinansowany przez Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego na lata
2009-2014 i Norweski Mechanizm Finansowy na lata 2009-2014**