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 udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu zawodów: lekarza, pielęgniarki, psychologa i fizjoterapeuty w ramach zadania: rozwój wsparcia indywidualnego nad pacjentem** realizowanego w ramach projektu zatytułowanego „Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej" *oferujemy realizację przedmiotu zamówienia* **za cenę:**

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 – świadczenia zdrowotne – psycholog

Ryczałtowe wynagrodzenie miesięczne brutto: ..... zł.
słownie: .....

Dane oferenta:

A. Podmiot leczniczy*

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego .....

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczn. .....

NIP ..... REGON .....

Pełnomocnik ..... Nr tel. / e-mail .....

B. Osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych*

Imię i nazwisko .....

Miejsce zamieszkania .....

Miejsce prowadzenia działalności: kod ..... miejscowość .....

ulica ..... nr ..... PESEL .....

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

REGON ....., Nr prawa wykonywania zawodu .....

Nr wpisu do rejestru prywatnych praktyk psychologicznych .....

prowadzonego przez właściwą Radę Regionalnej Izby Psychologów w .....

.....

Specjalizacja** *(nazwa , stopień i data uzyskania)* .....

.....**fakultatywnie

Staż pracy jako psycholog .....

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

Informacja na temat osoby bezpośrednio udzielającej świadczeń zdrowotnych

Lp.	Imię i nazwisko osoby, która będzie bezpośrednio udzielała świadczeń	Kwalifikacje / doświadczenie zawodowe

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 – świadczenia zdrowotne – psycholog

Ryczałtowe wynagrodzenie miesięczne brutto: ..... zł.
słownie: .....

Dane oferenta:

A. Podmiot leczniczy*

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego .....

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczn. .....

NIP ..... REGON .....

Pełnomocnik ..... Nr tel. / e-mail .....

B. Osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych*

Imię i nazwisko .....

Miejsce zamieszkania .....

Miejsce prowadzenia działalności: kod ..... miejscowość .....

ulica ..... nr ..... PESEL .....

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

REGON ....., Nr prawa wykonywania zawodu .....

Nr wpisu do rejestru prywatnych praktyk psychologicznych .....

prowadzonego przez właściwą Radę Regionalnej Izby Psychologów w .....

.....

Specjalizacja** *(nazwa , stopień i data uzyskania)* .....

.....**fakultatywnie

Staż pracy jako psycholog .....

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

Informacja na temat osoby bezpośrednio udzielającej świadczeń zdrowotnych

Lp.	Imię i nazwisko osoby, która będzie bezpośrednio udzielała świadczeń	Kwalifikacje / doświadczenie zawodowe

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

Ponadto:

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

……

……..

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

…… ……

/Miejscowość i data/ */Upełnomocnieni przedstawiciele Wykonawcy/*