



Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,  
Przewlekłe Niepełnosprawnych  
oraz Niesamodzielnych w Krakowie  
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków  
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej  
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501  
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl  
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia 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 Niesamodzielnych w Krakowie, ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków.

Nr telefonu: (12) 44-67-500.

Nr faxu: (12) 44-67-501.

e-mail: [mco@mco.krakow.pl](mailto:mco@mco.krakow.pl); strona WWW: [www.mco.krakow.pl](http://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 .....

.....

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

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





Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,  
Przewlekłe Niepełnosprawnych  
oraz Niezależnych w Krakowie  
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków  
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej  
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501  
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl  
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieście w Krakowie  
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

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

**Na koordynatora udzielania świadczeń wyznaczamy:**

Imię i nazwisko.....

**Wykazujemy ciągłość w realizacji umowy związanej ze sprawowaniem medycznej opieki szkolnej nad dziećmi z niepełnosprawnościami:**

**0 / 1-6 miesięcy/ powyżej 6 miesięcy**

\*(zakreślić odpowiednie)

**Zobowiązujemy się do udzielania świadczeń zdrowotnych w:**

**3 / 6 / 9 / 11** 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/

