Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekle 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, Przewlekle 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; strona WWW: www.mco.krakow.pl

Oferta

Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert **na udzielanie świadczeń zdrowotnych – lekarskich z dziedziny:**

- **psychiatria**

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. ……

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekle 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

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

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

Posiadane kwalifikacje i doświadczenie:

lekarz specjalista psychiatra, z udokumentowanym co najmniej 10 letnim doświadczeniem w pracy w tej specjalności /
lekarz specjalista psychiatra lub lekarz posiadający specjalizację I stopnia z psychiatrii oraz co najmniej 5 letnim doświadczeniem w pracy w tej specjalności /
lekarz specjalista psychiatra lub lekarz posiadający specjalizację I stopnia z psychiatrii oraz z doświadczeniem w pracy w tej specjalności mniejszym aniżeli 5 lat - 0 pkt
*(zakreślić odpowiednie)

Dostępność lekarza:
Co najmniej 2 dniach tygodnia / co najmniej 3 dniach tygodnia / w 4 dniach tygodnia
*(zakreślić odpowiednie)

Ciągłość realizacji świadczeń zdrowotnych u udzielającego zamówienia z zakresu, na który składana jest oferta, nieprzerwanie przez:
0 miesięcy/ 1-6 miesięcy/ powyżej 6 miesięcy
*(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 …….

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekle 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

4. Posiadam(-y) następujący numer konta bankowego: …….
5. Jako swoje miejsce zamieszkania wskazuję(-my) …….

……

……..

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

- *W przypadku firmy*

…… ……

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