**Załącznik nr 1** do SWKO

**FORMULARZ OFERTY**
**Zadanie nr 6**

**1. Dane o Oferencie:**

A/ Pełna nazwa Oferenta – (imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą)

.....

.....

.....

.....

.....

B/ Adres siedziby Oferenta ( lub adres do korespondencji w przypadku gdy jest inny niż adres siedziby Oferenta)

ul. ..... , nr .....

Kod pocztowy ..... miejscowość .....

Tel. ....., fax .....

Regon ....., NIP .....

**2. Wymagane dokumenty:**

- oświadczenie Oferenta,
- dokumenty kwalifikacyjne Oferenta **lub podwykonawców** (kserokopie: dyplomu, specjalizacji, prawa wykonywania zawodu, kursy),
- aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub KRS,
- aktualny wydruk Księgi Rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

**3. Nazwa zadania:**

….....
.....
….....
.....

**4. Tryb realizacji:**

….....
.....
.....

**5. Dane identyfikacyjne oraz kwalifikacje zawodowe swoje lub osób udzielających świadczeń zdrowotnych,** które zatrudnia Oferent w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

| Imię i Nazwisko | Nr prawa wykonywania zawodu | Wymagane kwalifikacje |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**6. Proponowany czas trwania umowy:**

**…….**

**7. Proponowana kwota należności:**

| **Lp.** | **Zadanie Nr 6** | **Oferowana cena brutto za 1 godz. udzielanego świadczenia:** |
|---|---|---|
| | | 1) za 1 godz. udzielonego świadczenia w dni robocze od 7:25 do 15:00 oraz w dni robocze od 15:00 do 7:25 oraz niedziele święta i dni dodatkowo wolne od pracy od.7:25 do 7:25<br>……..…… zł<br>słownie: ……..……<br>2) za 1 godz. pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń :<br>……..… zł<br>słownie:…… |

……..… dnia ……

.....

*Podpis osób uprawnionych*
*do składania oświadczeń woli*