

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) 44-67-500

Nr faxu: (12) 44-67-501

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

### Oferta

Odpowiadając na ogłoszenie konkursu ofert na **organizację konferencji naukowo – szkoleniowej z zakresu opieki długoterminowej, geriatric i gerontologii, przeznaczonej dla lekarzy**

oferuję (-my) realizację przedmiotu zamówienia za cenę:

brutto: .....zł

słownie: .....

wskazuję (-my), że miejscem realizacji konferencji będzie obiekt:

.....  
(należy wskazać nazwę i adres obiektu, w którym odbędzie się konferencja, z zastrzeżeniem iż miejscem realizacji usługi musi być Kraków)

oświadczam (-my), że obiekt ten spełnia następujące kryteria (w każdym kryterium należy wskazać jedną odpowiedź: TAK lub NIE):

- 1) przestrzeń konferencyjna będzie wydzielona tylko dla uczestników konferencji

☐ TAK ☐ NIE

- 2) obiekt posiada miejsca postojowe dla wymaganej grupy uczestników (min. 100)

☐ TAK ☐ NIE

**BENEFICJENT:**

Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa  
Biuro ds. Ochrony Zdrowia  
31-319 Kraków, Bolesława Czerwieńskiego 16  
tel. +48 12 616 94 96; fax +48 12 616 94 86  
e-mail: [bz.umk@um.krakow.pl](mailto:bz.umk@um.krakow.pl)

**REALIZATOR:**

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie  
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267  
tel. +48 12 658 43 24; fax +48 12 658 43 76  
e-mail: [zol@zol.krakow.pl](mailto:zol@zol.krakow.pl)

- 3) obiekt zapewnia dodatkowe pomieszczenia dla organizatorów, wykładowców (dla min. 10 osób) pełniące funkcję: biura organizatora, pomieszczenia gospodarczego, sali spotkań

☐ TAK ☐ NIE

Ponadto oświadczam iż:

1. Przedmiot zamówienia wykonam (-y) **w terminie od dnia zawarcia umowy do 19 listopada 2018 r.**
2. W przypadku przyznania Nam / mojej osobie zamówienia, **zobowiązuję(my) się** do realizacji zamówienia **w terminie** wskazanym przez Zamawiającego.
3. **Zapoznałem(liśmy) się** ze wzorem umowy i **nie wnoszę(imy)** do niego **zastrzeżeń** oraz przyjmuję(my) warunki w nim zawarte.
4. Oferta została złożona na ..... **stronach** podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr ..... do nr .....
5. Informuję także, iż osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym jest  
Pani/Pan....., tel. ....,  
fax. ...., e-mail .....
6. Posiadam(-y) następujący numer konta bankowego: .....  
numer NIP: ..... oraz numer REGON .....
7. Jako swoje miejsce zamieszkania wskazuję(-my) .....

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

.....  
/ Miejsowość i data/

.....  
/Upoważnieni przedstawiciele Wykonawcy/

**BENEFICJENT:**

Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa  
Biuro ds. Ochrony Zdrowia  
31-319 Kraków, Bolesława Czerwieńskiego 16  
tel. +48 12 616 94 96; fax +48 12 616 94 86  
e-mail: bz.umk@um.krakow.pl

**REALIZATOR:**

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie  
30-663 Kraków, ul. Wielicka 267  
tel. +48 12 658 43 24; fax +48 12 658 43 76  
e-mail: zol@zol.krakow.pl