



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-Lecznicy 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 – lekarz

Ryczałtowe wynagrodzenie miesięczne brutto: zł.
słownie:

Dane oferenta – podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

A. Podmiot leczniczy*

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....

NIP REGON

Pełnomocnik Nr tel. / e-mail

B. Lekarz wykonujący działalność leczniczą*

Imię i nazwisko

Miejsce zamieszkania

Miejsce wykonywania działalności: kod miejscowość

ulica nr

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

PESEL NIP REGON

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....

Nr prawa wykonywania zawodu

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

.....**fakultatywnie

Staż pracy jako lekarz

***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 – Lecznicy 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 – pielęgniarstwo

Ryczałtowe wynagrodzenie miesięczne brutto: zł.
słownie:

Dane oferenta:

A. Podmiot leczniczy*

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego
.....
Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych
NIP REGON
Pełnomocnik Nr tel. / e-mail

B. Pielęgniarka wykonująca działalność leczniczą*

Imię i nazwisko
Miejsce zamieszkania
Miejsce wykonywania działalności: kod miejscowość
ulica nr PESEL
telefon....., e-mail.....
NIP REGON
Nr prawa wykonywania zawodu
Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
.....
Specjalizacja** (*nazwa , stopień i data uzyskania*)
.....**fakultatywnie
Staż pracy jako pielęgniarka

***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 3 – 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-Lecznicy 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 4 – 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 5 – świadczenia zdrowotne – fizjoterapeuta

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
telefon....., e-mail.....
PESEL NIP
REGON
Staż pracy jako fizjoterapeuta

***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



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/

.....
/Upelnomocnieni przedstawiciele Wykonawcy/



**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**