



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 – lekarskich z dziedziny:**

- 1) chorób wewnętrznych**
- 2) psychiatrii**
- 3) psychiatrii**
- 4) psychiatrii – konsultacje psychiatryczne**
- 5) chirurgii ogólnej**
- 6) radiologii**
- 7) medycyny ogólnej lub geriatricznej lub neurologii lub chirurgii ogólnej**

oferujemy realizację przedmiotu zamówienia za cenę:

.....zł brutto za godzinę udzielania świadczeń  
słownie: .....





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

### **Dane oferenta:**

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego .....

.....

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

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

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

### **Posiadam kwalifikacje i doświadczenie:**

**lekarz specjalista z dziedziny odpowiedniej dla danego zakresu oraz udokumentowanym co najmniej 10 letnim doświadczeniem w pracy z danego zakresu udzielania świadczeń /**

**lekarz specjalista z dziedziny odpowiedniej dla danego zakresu lub lekarza posiadającego specjalizację I stopnia z dziedziny odpowiedniej dla danego zakresu oraz co najmniej 5 letnim doświadczeniem w pracy z danego zakresu udzielania świadczeń /**

**lekarz w trakcie specjalizacji z dziedziny odpowiedniej dla danego zakresu nie posiadający doświadczenia w pracy z danego zakresu udzielania świadczeń**

\*(zakreślić odpowiednie)

### **Zgłaszam dostępność w:**

**Co najmniej 1 dniu tygodnia / co najmniej 3 dniach tygodnia / w 5 dniach tygodnia**

\*(zakreślić odpowiednie)

**Wykazuję ciągłość w realizacji świadczeń zdrowotnych u zamawiającego z zakresu, na który składam ofertę, nieprzerwanie przez:**

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

\*(zakreślić odpowiednie)





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

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)

- W przypadku firmy

.....  
/Miejscowość i data/

.....  
/Upelnomocnieni przedstawiciele Wykonawcy/

