



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 – Śródmieście 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; strona WWW: www.mco.krakow.pl

Oferta

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

- **neurologia**

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,
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 – Śródmieście w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

NIP REGON

Pełnomocnik* Nr tel. / e-mail

Posiadane kwalifikacje i doświadczenie:

lekarz specjalista neurolog, z udokumentowanym co najmniej 10 letnim doświadczeniem w pracy w tej specjalności /

lekarz specjalista neurolog lub lekarz posiadający specjalizację I stopnia z neurologii oraz co najmniej 5 letnim doświadczeniem w pracy w tej specjalności /

lekarz w trakcie specjalizacji z neurologii nie posiadający doświadczenia w pracy w tej specjalności

*(zakreślić odpowiednie)

Dostępność lekarza:

Co najmniej 3 dniach tygodnia / co najmniej 4 dniach tygodnia / w 5 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
4. Posiadam(-y) następujący numer konta bankowego:





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

5. Jako swoje miejsce zamieszkania wskazuję(-my)

.....

.....

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

- W przypadku firmy

.....

/Miejscowość i data/

.....

/Upoważnieni przedstawiciele Wykonawcy/

