



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

Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

.....
/pieczęć adresowa przyjmującego zamówienie/

Formularz ofertowy

Dane udzielającego zamówienia

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niezależnych 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

Dane przyjmującego zamówienie

Nazwa lub imię i nazwisko oraz siedziba podmiotu leczniczego lub imię i nazwisko oraz adres osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie:

.....

.....

KRS/PESEL:

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczn.

NIP REGON

Pełnomocnik Nr tel. / e-mail

W przypadku firmy należy podać imię i nazwisko osoby wykonującej zamówienie:

.....





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

Oferta

Odpowiadając na ogłoszenie w sprawie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych – świadczeń pielęgniarских:

1) oferuję cenę:

..... zł brutto za godzinę udzielania świadczeń

słownie:

2) wskazuję do wykonywania świadczeń:

- ☐ Pielęgniarka/ pielęgniarz z wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim i specjalizacją, oraz udokumentowanym co najmniej 10 letnim doświadczeniem w zawodzie
- ☐ Pielęgniarka/ pielęgniarz z wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim i specjalizacją lub z wyższym wykształceniem (studia I stopnia) i specjalizacją oraz co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy w zawodzie
- ☐ Pielęgniarka/ pielęgniarz ze średnim wykształceniem i specjalizacją, oraz co najmniej 3-letnim doświadczeniem w pracy w zawodzie
- ☐ Pielęgniarka/ pielęgniarz z wykształceniem i doświadczeniem w zawodzie nie wymienionym powyżej.

*(zakreślić odpowiednie)

3) deklaruję dostępność świadczeń pielęgniarских:

- ☐ co najmniej 360 godzin w okresie trzymiesięcznym
- ☐ co najmniej 240 godzin w okresie trzymiesięcznym





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

*(zakreślić odpowiednie)

4) wskazuję ciągłość realizacji świadczeń pielęgnarskich u udzielającego zamówienia nieprzerwanie przez:

- ☐ 0 miesięcy
- ☐ do 6 miesięcy
- ☐ powyżej 6 miesięcy

*(zakreślić odpowiednie)

Ponadto:

1. Oferta została złożona na stronach kolejno ponumerowanych.
2. Osobą uprawnioną do kontaktów z udzielającym zamówienia jest
Pani/Pan....., tel.,
fax., e-mail

.....
/Miejscowość i data/

.....
/Przyjmujący zamówienie/Osoba uprawniona do
reprezentowania przyjmującego zamówienie

