Załącznik nr 1

…………………………………………………….

 (pieczęć firmowa Oferenta)

**FORMULARZ OFERTY**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**W OKRESIE OD 24.11.2024r. DO 31.12.2025r.**

**PRZEZ LEKARZA NA RZECZ PACJENTÓW SPÓŁKI ŚLĄSKIE CENTRUM REHABILITACYJNO-UZDROWISKOWE IM. DR ADAMA SZEBESTY W RABCE – ZDROJU Sp. z o.o.**

1. Dane identyfikacyjne Oferenta:
2. Firma/ Imię i Nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Siedziba/ Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Oznaczenie we właściwym rejestrze/ nr wpisu do rejestru ………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. NIP …………………………………………………………………………………………………..
2. REGON ………………………………………………………………………………………………
3. Tel. kontaktowy ……………………………………………………………………………………..
4. e-mail ……………………………………………………………………………………………………
5. Adres do korespondencji (w przypadku gdy jest inny niż adres oferenta):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Określenie rodzaju i zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy:

Rodzaj i zakres świadczeń: …………………………………………………………………………………………………………..

1. Opis kompetencji:
2. Tytuł zawodowy ……………………………………………………………………………………………………………..
3. Nr prawa wykonywania zawodu …………………………………………………………………………………….
4. Specjalizacja …………………………………………………………………………………………………………………..
5. Oferowana miesięczna średnia liczba godzin świadczenia usług zdrowotnych ………………
6. Oferowana cena za 1 godzinę świadczenia usług zdrowotnych………………………………………..
7. Oferowana cena za przyjęcie 1 pacjenta ……………………………………………………………………….
8. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych:

Świadczenia udzielane będą w siedzibie Udzielającego Zamówienie.

1. Warunki płatności:

Podstawą wypłaty wynagrodzenia będzie faktura wystawiona przez przyjmującego zamówienie dostarczona do sekretariatu najpóźniej do 3-go dnia każdego miesiąc za miesiąc poprzedzający, potwierdzona przez Dyrektora ds. Medycznych.

Wypłata należności nastąpi w terminie 14 dni licząc od dnia doręczenia prawidłowo sporządzonej faktury na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie.

1. Termin realizacji:

-od dnia 24.11.2024r. do dnia 31.12.2025r.

………………………………………………… ………………………………………………..

 (miejscowość, data) (pieczątka, podpis Oferenta)

Załączniki do oferty:

1. Wydruk z CEIDG potwierdzający aktywny status prowadzonej działalności.
2. Kserokopia polisy ubezpieczeniowej
3. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe.
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy.
5. Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego