

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGŁOSZENIA: ŚWIADCZENIE USŁUG PODOLOGICZNYCH

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko lub nazwa Wykonawcy

.....
Adres

PATION SP Z O.O.
ul. Jana Śliwki 12
44-100 Gliwice

FORMULARZ OFERTOWY

W odpowiedzi na ogłoszenie: świadczenie usługi podologicznych na potrzeby realizacji projektu „Skoordynowane Usługi Zdrowotne dla osób z SM”, zgodnie z wymaganiami określonymi w ogłoszeniu:

- Oświadczam, iż zapoznałem/am się z ogłoszeniem i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
- Oferuję świadczenie usług podologicznych w zakresie konsultacji diagnostycznych dla uczestników projektu „Skoordynowane Usługi Zdrowotne dla osób z SM”.

	Szacowana liczba wizyt ¹	Oferowana cena za wizytę brutto	Oferowana kwota za realizację części usług brutto
A	B	C	B x C
Specjalistyczne konsultacje podologiczne	60		

- Oferuję przeprowadzenie zabiegów podologicznych (należy ująć przygotowanie wkładek i butów ortopedycznych) dla uczestników projektu „Skoordynowane Usługi Zdrowotne dla osób z SM”.

Rodzaj zabiegu	Oferowana cena brutto za zabieg
A	B

¹ może ulec zmianie w zależności od indywidualnych potrzeb uczestników (służy do oszacowania kosztów zlecenia)

4. Oświadczam, iż posiadam minimum dwuletnie doświadczenie w świadczeniu usług podologicznych.
W szczególności wykazuję poniżej doświadczenie:

Lp.	Nazwa instytucji w której pracowano w specjalizacji	Termin realizacji	Imię, nazwisko i telefon osoby mogącej potwierdzić doświadczenie
1.			
2.			
3.			

5. Oświadczam, iż posiadam doświadczenie pracy z osobami chorymi na SM: TAK/NIE²

Lp.	Nazwa zadania / numer umowy lub nazwa instytucji itp. na podstawie której pracowano z chorymi na SM	Termin realizacji	Imię, nazwisko i telefon osoby mogącej potwierdzić doświadczenie
1.			
2.			
3.			

6. Celem umożliwienia wymiany informacji udostępniam następujące dane:

- a) osoba do kontaktu
- b) numer telefonu
- c) adres e-mail:

7. Oświadczam, że cała oferta składa się z niniejszego formularza ofertowego oraz:

- a) życiorysu lekarza/lekarzy (CV)
- b) kserokopii uprawnień do wykonywania zawodu lekarza
- c)

Miejscowość i data:

.....
Podpis Wykonawcy

² Niewłaściwe skreślić