

Załącznik nr 1 do SWK

Bieruń, dnia.....

BURMISTRZ MIASTA BIERUNIA

ul. RYNEK 14

43 – 150 BIERUŃ

OFERTA

W związku z ogłoszeniem konkursu na wybór realizatora programu zdrowotnego:
„Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych” przedkładamy naszą ofertę:

1. Nazwa i siedziba składającego ofertę lub imię i nazwisko oraz adres w stosunku do innego podmiotu świadczącego usługi zdrowotne:
2. Status prawny:
3. Numer i data wpisu do rejestru oraz oznaczenie organu dokonującego wpisu:
4. Wskazanie osób wchodzących w skład zespołu do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych dzieci niepełnosprawnych w warunkach domowych oraz ich kwalifikacji, doświadczenia w prowadzeniu rehabilitacji (zgodnie z załącznikiem nr 4 do SWK):
5. Proponowana kwota należności za realizację świadczenia, obejmująca wszystkie koszty związane z realizacją świadczenia wynosi za 1 minutę rehabilitacji (pracy z dzieckiem):
..... zł brutto. *Można załączyć kalkulację kosztów* .
6. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę wykorzystywaną przy rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w warunkach domowych:
7. Czas trwania umowy: *od dnia podpisania umowy do 31.12.2019 r.*

Do formularza oferty załączam:

Oświadczenia.

Dokumenty (wymienić jakie).

data.....

.....

*Podpis i pieczęć imienna osoby /osób
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania oferenta
i składania oświadczeń woli w jego imieniu*