

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa i adres Zamawiającego:

Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
os. XXX-lecia 21, 47-303 Krapkowice

Nazwa przedmiotu zamówienia:

Zakres 1:

Opieka lekarska w poradniach: dermatologicznej, pulmonologicznej, alergologicznej, reumatologicznej, chirurgii urazowo – ortopedycznej, ginekologiczno- położniczej, chirurgii ogólnej, endokrynologicznej, kardiologicznej, urologicznej, medycyny sportowej, medycyny pracy, gastroenterologicznej, zdrowia psychicznego, terapii uzależnienia

i współuzależnienia od alkoholu,

Zakres 2:

Rehabilitacja lecznicza

Zakres 3:

Opieka w poradni metabolicznej

Tryb postępowania:

Konkurs ofert

Nazwa i adres Świadczeniodawcy:

.....
.....
.....



(pieczęć Świadczeniodawcy)

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za**:

Zakres 1:

| Przedmiot zamówienia | Cena brutto za 1 pkt | Ryczałt miesięczny |
|--|----------------------|--------------------|
| Opieka lekarska w Poradni Dermatologicznej | | XXXXX |
| Opieka lekarska w Poradni Kardiologicznej | | XXXXX |
| Opieka lekarska w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej | | XXXXX |
| Opieka lekarska w Poradni Endokrynologicznej | | XXXXX |
| Opieka lekarska w Poradni Ginekologiczno- Położniczej | | XXXXX |
| Opieka lekarska w Poradni Chirurgii Ogólnej | | XXXXX |
| Opieka lekarska w Poradni Reumatologicznej | | XXXXX |
| Opieka lekarska w Poradni Urologicznej | | XXXXX |
| Opieka lekarska w Poradni Alergologicznej | XXXXX | |
| Opieka lekarska w Poradni Pulmonologicznej | | XXXXX |
| Opieka lekarska w Poradni Zdrowia Psychicznego | | XXXXX |
| Opieka lekarska w Poradni Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu | | XXXXX |

| Przedmiot zamówienia | Cena brutto za 1 pkt | Cena brutto za 1 poradę |
|---|----------------------|-------------------------|
| Opieka lekarska w Poradni Gastroenterologicznej | xxxxxx | |

| | | |
|--|----------------------|-------------------------|
| Przedmiot zamówienia | Cena brutto za 1 pkt | Cena brutto za 1 poradę |
| Opieka lekarska w Poradni Medycyny Pracy | xxxxxx | |

| | | |
|--|--|--|
| Przedmiot zamówienia | Cena brutto za świadczenie o wartości 3,5-5 pkt. | Cena brutto za świadczenie o wartości powyżej 5 pkt. |
| Opieka lekarska w Poradni Medycyny Sportowej | | |

Zakres 2:

| | |
|----------------------------------|----------------------|
| Przedmiot zamówienia | Cena brutto za 1 pkt |
| Zabiegi rehabilitacji leczniczej | |

| | |
|---|-----------------------------------|
| Przedmiot zamówienia | Udział (%) w cenie Zamawiającego* |
| Zabiegi rehabilitacji leczniczej (świadczenia realizowane na zasadach komercyjnych) | |

Zakres 3:

| | |
|--|------------------------------|
| Przedmiot zamówienia | Cena brutto za 1 konsultację |
| Opieka w Poradni Chorób Metabolicznych | |
| Plan żywieniowy | |

* Ceny Zamawiającego zostały zawarte w cenniku, stanowiącym załącznik do niniejszego Formularza ofertowego.

Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń. Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Istotnych Warunkach Umowy.

....., dnia

.....
*podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania Świadczeniodawcy)*

* niepotrzebne skreślić

** wypełnić tylko dla pozycji oferowanych w poszczególnych zakresach