# Załącznik nr 1 do SWKO

**Znak postępowania SPZOZPM.DA(K)26.17.2023**

# FORMULARZ OFERTY

**W odpowiedzi na ogłoszenie konkursu ofert dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodni Miejskiej w Józefowie na UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE- REHABILITACJI I FIZJOTERAPII**

**Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adres prowadzenia działalności:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adres zamieszkania:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NIP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **e-mail:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CZĘŚĆ I**

**Udzielanie świadczeń w zakresie konsultacji fizjoterapeutycznych.**

**Cena za konsultację (1 usługa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł/brutto**

**CZĘŚĆ II**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji i fizjoterapii**

**Cena za wszystkie zabiegi fizjoterapeutyczne (wymienione w załączniku nr 3 do SWKO)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł/brutto**

Oświadczam, że zapoznałe/am się ze szczegółowymi warunkami ogłoszonego konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych **w zakresie rehabilitacji i fizjoterapii** oraz ze wzorem umowy o świadczenie usług zdrowotnych na okres **od 02.01.2024 r. do 31.12.2024 r.\*)** oraz, że nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

**Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:**

............................................................................................................................................. (wpisać bank i nr konta)

**Oświadczam, że nie zalegam w płatnościach na:**

* Zakład Ubezpieczeń Społecznych
* Urząd Skarbowy

**Oświadczam, że poddam się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie realizowanej umowy.**

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

(miejscowość i data) (podpis oraz pieczęć oferenta)