Załącznik nr 2

do Zarządzenia Nr 107/2021

Burmistrza Suchania

z dnia 25 października 2021 r.

**Oferta na realizację zadania pn. Realizacja usług rehabilitacyjnych w 2022 r. w ramach Programu polityki zdrowotnej**

**„Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Suchań na lata 2018-2023”.**

1. Nazwa Oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)

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

…………………………………………………………………………………………………

1. Adres siedziby, numer telefonu i adres e-mail Oferenta

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

…………………………………………………………………………………………………

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

1. Numery wpisów do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, KRS lub ewidencji działalności gospodarczej

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

……………………………………………………………………………………………….

1. Dane osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta

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

…………………………………………………………………………………………………

1. Nazwa banku i nr rachunku bankowego Oferenta

…………………………………………………………………………………………………

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

1. Oferuję realizację zadania:

1) przez 8 godz. dziennie w tym:

poniedziałek w godz. od …… do …..

wtorek w godz. od …… do …..

środa w godz. od …… do …..

czwartek w godz. od …… do …..

piątek w godz. od …… do …..

2) za wynagrodzenie za 1 miesiąc:

cena brutto:…………………………….......................................................... zł,

słownie brutto: ……………………………………………………………….….. zł,

Podana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją zadania.

1. Realizacja zadania rozpocznie się od dnia 01 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią:

- Programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Suchań na lata 2018-2023”,

- ogłoszenia konkursowego,

i akceptuję warunki w nich określone bez zastrzeżeń.

…………….,dnia……………………. ………………………………………………

*(miejscowość) (podpis osoby uprawnionej, pieczęć Oferenta)*

Do oferty należy dołączyć:

1) aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność,

2) odpis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

3) dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie i kwalifikacje,

4) dokument potwierdzający obowiązkowe ubezpieczenie Oferenta od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866).

**W przypadku załączników składanych w formie kserokopii, każda strona powinna być potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione i opatrzona datą.**