



Załącznik nr 1 FORMULARZ OFERTY

.....,

(miejsowość)

(data)

Udzielający zamówienie:

Centrum Medyczne „Żelazna” sp. z o. o.

ul. Żelazna 90

01-004 Warszawa

I. PRZYJMUJACY ZAMÓWIENIE:

Nazwa przyjmującego zamówienie / Nazwisko i imię <i>(w przypadku osoby fizycznej)</i> :	
Adres:	
Telefon:	
REGON <i>(jeśli dotyczy)</i> :	
NIP <i>(jeśli dotyczy)</i> :	
Fax <i>(jeśli dotyczy)</i> :	
E-mail:	
Nr kontaktowy:	
Przyjmujący zamówienie składa swoją ofertę na część/części zgodnie ze wskazaniem w Tabeli 2.	



Tabela 1. Wykaz psychologów, którzy będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia przez Przyjmującego zamówienie (podać taką liczbę psychologów, którzy będą udzielać świadczeń zdrowotnych -świadczyć konsultację psychologiczną):

Lp.	Nazwisko i imię	Wykształcenie	Doświadczenie (przedział/przedziały w latach)	Dyspozycyjność czasowa	
1.				Dzień tygodnia: <input type="checkbox"/> poniedziałek <input type="checkbox"/> wtorek <input type="checkbox"/> środa <input type="checkbox"/> czwartek <input type="checkbox"/> piątek <input type="checkbox"/> sobota	Czas świadczenia: <input type="checkbox"/> do 3 godzin dziennie <input type="checkbox"/> do 5 godzin dziennie <input type="checkbox"/> do 8 godzin dziennie
2.				Dzień tygodnia: <input type="checkbox"/> poniedziałek <input type="checkbox"/> wtorek <input type="checkbox"/> środa <input type="checkbox"/> czwartek <input type="checkbox"/> piątek <input type="checkbox"/> sobota	Czas świadczenia: <input type="checkbox"/> do 3 godzin dziennie <input type="checkbox"/> do 5 godzin dziennie <input type="checkbox"/> do 8 godzin dziennie



Tabela 2. Wskazanie części zamówienia, o której udzielenie ubiega się Przyjmujący zamówienie, lokalizacja świadczenia konsultacji psychologicznych

- m. st. Warszawa
- Powiat Warszawski Zachodni
- Łódź

II. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze wzorem Umowy, który stanowi Załącznik nr 2 do ogłoszenia i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia Umowy na określonych w tym załączniku warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Organizatora konkursu.

.....,

(miejsowość)

(data)

.....

(czytelny podpis osoby/ osób uprawnionej/ uprawnionych)

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW

Działając w imieniu Przyjmującego zamówienie, niniejszym oświadczam, że osoby wymienione w **Wykazie psychologów, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia** przez Przyjmującego zamówienie spełniają co najmniej minimalne kryteria przedstawione w punkcie 8.1 Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

.....,

(miejsowość)

(data)

.....

(czytelny podpis osoby/ osób uprawnionej/ uprawnionych)