ZAŁĄCZNIK NR 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dane oferenta:

1. Imię i nazwisko oferenta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Adres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. NIP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. REGON:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Pkt 2 i 5 powyżej wypełniają tylko osoby prowadzące działalność gospodarczą.***

Odpowiadając na ogłoszenie dotyczące zamówienia: Konsultacje telemedyczne w ramach projektu Małopolski Tele-Anioł 2.0 przedstawiam następującą ofertę:

|  | Kwota brutto za jedną godzinę świadczenia usług (konsultacji telemedycznych): | *(kwota brutto za godzinę w zł)* |
| --- | --- | --- |
|  | Liczba lat doświadczenia zawodowego w zakresie zawodu lekarza (w pełnych latach; na 1 pełny rok wykonywania zawodu składa się 12 pełnych m-cy wykonywania zawodu, przy czym miesiące te nie musiały następować bezpośrednio po sobie): | *(liczba lat doświadczenia w pełnych latach)* |

Opis doświadczenia zawodowego w zakresie wykonywania zawodu lekarza:

|  | **OD** | **DO** | **MIEJSCE PRACY/STANOWISKO** | **ZAKRES OBOWIĄZKÓW** | **UWAGI** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) |  |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |  |
| 3) |  |  |  |  |  |
| 4) |  |  |  |  |  |
| 5) |  |  |  |  |  |
| 6) |  |  |  |  |  |

|  | Szacowana miesięczna dostępność Oferenta w zakresie wykonywania konsultacji telemedycznych: | *(szacowana liczba godzin w miesiącu)* |
| --- | --- | --- |

……………………………………………………………………………………….

*podpis kwalifikowany lub podpis zaufany Oferenta*