



**Załącznik nr 2**  
do Ogłoszenia Konkursu Ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w zakresie: rehabilitacja lecznicza

Uzdrowisko Goczałkowice - Zdrój sp. z o. o.		
<b>Załącznik nr 2:</b>	<b>KONKURS OFERT</b>	<b>Postępowanie nr 2/2023</b>

## OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w zakresie rehabilitacji leczniczej  
na rzecz pacjentów Uzdrowiska Goczałkowice-Zdrój Sp. z o.o.**

<b>Data:</b>	
<b>Imię i nazwisko / Nazwa Wykonawcy:</b>	
<b>Adres / siedziba:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Strona www:</b>	

Odpowiadając na konkurs oferuję usługi medyczne na rzecz pacjentów Uzdrowiska Goczałkowice-Zdrój Sp. z o.o. w Oddziale Rehabilitacyjnym dla Dzieci oraz Poradni Rehabilitacyjnej dla Dzieci w Goczałkowicach-Zdroju, o których mowa w rozdziale II Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert, na warunkach określonych w dokumentach konkursowych, a w tym istotnych postanowieniach umownych oraz na następujących warunkach:

### 1. OFERTA CENOWA:

**Cena:** ..... zł (słownie ..... zł) - wyrażona jako cena określona w polskich złotych / za godzinę udzielania świadczeń.

### 2. Deklaruję gotowość świadczenia usług w minimalnym wymiarze godzin: 160 godzin miesięcznie.



UZDROWISKO GOCZAŁKOWICE-ZDRÓJ spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

43-230 Goczałkowice-Zdrój • ul. Uzdrowska 54 • woj. śląskie

• Sekretariat: tel. (32) 449 21 01, fax.: (32) 449 21 17 • www.gozdroj.pl • e-mail: sekretariat@gozdroj.pl

• Centrala telefoniczna.: (32) 449 20 00

NIP 6381811134 • Regon 000291888 • Nr KRS 0000527775 Sąd Rejonowy w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy KRS  
Kapitał Zakładowy: 43.188.000,00 zł wniesiony w całości ING Bank Śląski S. A. O/Pszczyna Nr 14 1050 1315 1000 0001 0136 6839



### Oświadczenia:

1. Wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe.
2. Zapoznałam/Zapoznałem się z treścią ogłoszenia i nie zgłaszam zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że spełniam warunki określone w Ogłoszeniu.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.
5. Uważam się związany/związana ofertą na czas wskazany w Ogłoszeniu.
6. Zobowiązuję się do wykonywania usług zgodnie ze złożoną ofertą.
7. Zapewniam, że świadczenia zdrowotne będą udzielane z należytą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i obowiązującymi aktualnymi standardami zawodowymi oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych.
8. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ....., obejmującą usługi świadczone przez zgłoszony personel. (Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość ..... na dzień podpisania umowy.)\*

Dnia: .....

Pieczętka i podpis: .....

### Załączniki:

- 1). .....
- 2). .....
- 3). .....
- 4). .....
- 5). .....
- 6). .....

Prezes Zarządu  
Uzdrowiska Goczałkowice-Zdrój sp. z o.o.  
Jarosław Wieszołek



UZDROWISKO GOCZAŁKOWICE-ZDRÓJ spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
43-230 Goczałkowice-Zdrój • ul. Uzdrowska 54 • woj. śląskie

• Sekretariat: tel. (32) 449 21 01, fax.: (32) 449 21 17 • www.gozdroj.pl • e-mail: sekretariat@gozdroj.pl  
• Centrala telefoniczna.: (32) 449 20 00

NIP 6381811134 • Regon 000291888 • Nr KRS 0000527775 Sąd Rejonowy w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy KRS  
Kapitał Zakładowy: 43.188.000,00 zł wniesiony w całości ING Bank Śląski S. A. O/Pszczyna Nr 14 1050 1315 1000 0001 0136 6839