

OFERTA NA PRZEPROWADZENIE USŁUG LEKARSKICH

w ramach projektu pod nazwą “PulmoRehab dostęp do usług zdrowotnych poprzez spersonalizowany system opieki nad pacjentami z POChP obejmujący zdalny monitoring oraz tele-rehabilitację na bazie metod Sztucznej Inteligencji” finansowanego z programu Norweskiego Mechanizmu Finansowego, Program Zdrowie NMF 2014-2021

Imię i nazwisko wykonawcy:

Adres zamieszkania:

Telefon do kontaktu w sprawie oferty:.....

Adres e-mail do kontaktu w sprawie oferty:.....

1. Wymagania konieczne:

Oświadczam, iż posiadam wykształcenie wyższe kierunkowe i jeśli moja oferta zostanie wybrana zobowiązuję się przed podpisaniem umowy dostarczyć kserokopię dokumentów potwierdzających spełnienie wymagań.

.....
(czytelny podpis Wykonawcy)

Kryteria oceny podstawowe

Oczekiwane wynagrodzenie brutto brutto za 1 wizytę pacjenta (całkowity koszt).

1 i 2 wizyta zł brutto brutto

3 wizytazł brutto brutto

Liczba deklarowanych wizyt (1 i 2)..... x zł brutto = zł brutto

Liczba deklarowanych wizyt (3)..... x zł brutto = zł brutto

.....
(czytelny podpis Wykonawcy)