

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 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 opiekę nad 1 pacjentem (całkowity koszt)
..... zł brutto brutto

Liczba deklarowanych pacjentów pod opieką x zł brutto =
..... zł brutto

.....
(czytelny podpis Wykonawcy)