

FORMULARZ OFERTY

I. Dane Oferenta:

1. Pełna nazwa Oferenta

.....
.....

Regon NIP Nr wpisu we właściwym rejestrze

PESEL

2. Adres Oferenta:

ul. nr kod pocztowy miejscowość

3. Adres zamieszkania Oferenta (osoby fizycznej):

ul. nr kod pocztowy miejscowość

4. Dane kontaktowe:

tel. fax mail:

(wszystkie informacje dotyczące postępowania są przesyłane na podany mail)

5. Kwalifikacje zawodowe:

.....
.....
.....

II. Oferowany czas trwania umowy to miesięcy, preferowany to 36 miesięcy.

III. Oferuję termin płatności 21 dni, od dnia otrzymania faktury VAT (rachunku) przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu.

IV. Oferowany sposób realizacji przedmiotu umowy:

.....
.....
.....

V. Oferta dodatkowa:

1. Oferuję dodatkowo ponad wymagany standard określony w Materiałach Informacyjnych:

.....
.....

2. Inne składniki oferty:

.....
.....

.....
pieczętka i podpis Oferenta



dot. uzupełniającego postępowania konkursowego Nr 23/2021 obejmującego zamówienie na zlecenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentami bloków operacyjnych, sal zabiegowych Centralnego Traktu Operacyjnego przez okres 36 miesięcy.

PAKIET	Przedmiot Zamówienia	Imię i Nazwisko wykonującego przedmiotowe świadczenia zdrowotne wraz z kwalifikacjami	Oferowana cena za udzielenie świadczeń zdrowotnych wykonywanych zgodnie z wymaganiami NFZ
1	<p>Udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej nad pacjentami bloków operacyjnych, sal zabiegowych Centralnego Traktu Operacyjnego przez okres 36 miesięcy.</p> <p>Realizacja świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem świadczeń zaakceptowanym przez udzielającego zamówienie, realizowanych w dni robocze, w soboty, niedziele i święta.</p> <p>Preferowane wymagania:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dobrze widziany ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> • Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deklaracja o podjęciu zdobycia ww. kwalifikacji w ciągu 12 lat. 		<p>..... cena za 1 godzinę udzielania świadczeń </p> <p>..... Oferowana liczba godzin (miesięcznie) </p>