

**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. Uzupelniającego postępowania konkursowego Nr 28/DK/2022 obejmującego zamówienie na zlecenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu na udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej nad pacjentami w Klinicznym Oddziale Neurochirurgicznym 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 przez pielęgniarkę/pielęgniarza w Klinicznym Oddziale Neurochirurgicznym przez okres 36 miesięcy</p> <p>Realizacja świadczeń zdrowotnych w dni robocze w godzinach 7:00-14:35 oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach 7:00-19:00 i 19:00-7:19:00. zgodnie z ustalonym harmonogramem oraz potrzebami Udziałającego Zamówienie, a także z wymogami NFZ.</p> <p>Czas trwania umowy: 36 miesięcy</p>		<p>.....  cena za 1 godzinę udzielenia świadczeń  .....  .....  Oferowana liczba godzin (miesięcznie)</p>

DATA I PODPIS OFERENTA.....

