

## 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 przysyłane na podany mail)*

5. Kwalifikacje zawodowe:

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

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

.....  
*pieczętka i podpis Oferenta*

OFERTA

dot. Postępowania konkursowego Nr 24/2021 obejmującego zamówienie na zlecenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, przez okres 60 miesięcy

<u>Przedmiot Zamówienia</u>	Imię i Nazwisko wykonującego przedmiotowe świadczenia zdrowotne wraz z kwalifikacjami	Oferowana cena za zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych wykonywanych zgodnie z wymaganiami NFZ
Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii		..... cena za 1 godzinę udzielenia świadczeń

OŚWIADCZENIE OFERENTA

OŚWIADCZAM, ŻE W ZWIĄZKU ZE ZŁOŻONĄ OFERTA ODDAJE DO DYSPOZYCJI WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU RÓWNOWAŻNIK ..... ETATU W ROZUMIENIU WYMAGAŃ NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA TJ.:

..... ŚREDNIOMIESIĘCZNIE LICZBA GODZIN

DATA I PODPIS OFERENTA.....

OFERTA

dot. postępowania konkursowego Nr .....obejmującego zamówienie na zlecenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, przez okres 60 miesięcy

Miesiąc	<p style="text-align: center;">świadczenia zdrowotne udzielane na stanowiskach intensywnej terapii</p> <p style="text-align: center;">świadczenia zdrowotne udzielane w zakresie anestezji, poradni anestezjologicznej, w zespole interwencyjnym</p>
LICZBA GODZIN MIESIĘCZNIE DEKLAROWANYCH PRZEZ OFERENTA	
styczeń	
luty	
marzec	
kwiecień	
maj	
czerwiec	
lipiec	
sierpień	
wrzesień	
październik	
listopad	
grudzień	
<b>RAZEM ROK</b>	
<b>średnia miesięczna liczba godzin. Maksymalnie 300 g.</b>	<b>RAZEM ROK / 12 MIESIĘCY</b>

.....  
**CZYTELNY PODPIS OFERENTA**

