

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. postępowania konkursowego Nr PK 34/DK/2022 obejmującego zamówienie na zlecenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu w zakresie anestezyjologicznej opieki pielęgniarstwiej nad pacjentami bloków operacyjnych, sal wybudzeń, pracowni diagnostycznych oraz oddziałów (interwencje doraźne) 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 anestezyjologicznej opieki pielęgniarstwiej nad pacjentami bloków operacyjnych, sal wybudzeń, pracowni diagnostycznych oraz oddziałów (interwencje doraźne) przez okres 36 miesięcy.</p> <p>Wykonywanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem świadczeń zaakceptowanym przez udzielającego zamówienie, realizowanych w dni robocze w godzinach 7:00 – 14:35.</p> <p>Wymagania:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki • lub specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki • lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki 		<p>..... cena za 1 godzinę udzielenia świadczeń </p> <p>..... Oferowana liczba godzin (miesięcznie) </p>

DATA I PODPIS OFERENTA.....