

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 PK 33/2021 obejmującego zamówienie na zlecenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki, zgodnie z pakietami 1-7, 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>Udzielnie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarstwa nad pacjentami Oddziału Chirurgii Naczyń (system zmianowy)</p>		<p>..... cena za 1 godzinę udzielenia świadczeń Oferowana liczba godzin (miesięcznie) </p>
2	<p>Udzielnie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarstwa nad pacjentami Oddziału Kardiologii Ogólnej/Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (system zmianowy) WYMAGANIA: preferowana specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo kardiologiczne</p>		<p>..... cena za 1 godzinę udzielenia świadczeń Oferowana liczba godzin (miesięcznie) </p>
3	<p>Udzielnie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarstwa nad pacjentami Klinicznego Oddziału Neurochirurgii (system zmianowy)</p>		<p>..... cena za 1 godzinę udzielenia świadczeń Oferowana liczba godzin (miesięcznie) </p>
4	<p>Udzielnie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarstwa nad pacjentami Oddziału Gastroenterologii i Onkologii Przewodu Pokarmowego (system jednozmianowy/zmianowy)</p>		<p>..... cena za 1 godzinę udzielenia świadczeń Oferowana liczba godzin (miesięcznie) </p>

5	<p>Udzielnie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentami Pracowni Radiologii Zabiegowej (system jednoczłonowy/zmianowy)</p> <p>WYMAGANIA: specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego</p>	<p>..... cena za 1 godzinę udzielania świadczeń Oferowana liczba godzin (miesięcznie)</p>
6	<p>Udzielnie świadczeń zdrowotnych w Pracowni Radiologii Zabiegowej (system jednoczłonowy/zmianowy)</p> <p>WYMAGANIA: specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki</p>	<p>..... cena za 1 godzinę udzielania świadczeń Oferowana liczba godzin (miesięcznie)</p>
7	<p>Udzielnie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentami bloków operacyjnych, sal zabiegowych Centralnego Traktu Operacyjnego</p> <p>(system jednoczłonowy/zmianowy)</p> <p>WYMAGANIA: specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub ukończony kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa operacyjnego lub deklaracja zdobycia ww. kwalifikacji w ciągu 2 lat.</p>	<p>..... cena za 1 godzinę udzielania świadczeń Oferowana liczba godzin (miesięcznie)</p>

DATA I PODPIS OFERENTA.....

