

**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 27/DK/2023 obejmującego zamówienie na zlecenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu na udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarskiej na rzecz pacjentów szpitala salach operacyjnych i zabiegowych Centralnego Traktu Operacyjnego i Pracowni Radiologii Zabiegowej przez okres 36 miesięcy

	Przedmiot Zamówienia	Imię i Nazwisko wykonującego przedmiotowe świadczenia zdrowotne wraz z kwalifikacjami	Oferowana cena za udzielenie świadczeń zdrowotnych wykonywanych zgodnie z wymaganiami NFZ
	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarskiej na rzecz pacjentów szpitala w salach operacyjnych i zabiegowych Centralnego Traktu Operacyjnego i Pracowni Radiologii Zabiegowej przez:</p> <p><b>PIELĘGNIARKĘ OPERACYJNĄ</b></p> <p>Wymagania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mile widziany kurs kwalifikacyjny lub specjalizacja z pielęgniarstwa operacyjnego</li> <li>- zadeklarowanie udzielenia świadczeń zdrowotnych przez minimum 12 miesięcy</li> </ul> <p>Preferowany okres trwania umowy: 36 miesięcy</p>		

DATA I PODPIS OFERENTA.....