

**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 46/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 nad pacjentami Oddziału Nefrologii 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 kompleksowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentami Oddziału Nefrologii</p> <p>Wykonywanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem świadczeń realizowanych w dni robocze, soboty, niedziele i święta.</p> <p>Mile widziany kurs kwalifikacyjny lub specjalizacja z pielęgniarstwa: nefrologicznego z dializoterapią, internistycznego, zachowawczego.</p> <p>Czas trwania umowy – 36 miesięcy, minimum 12 miesięcy.</p>		<p>.....  cena za 1 godzinę udzielenia świadczeń  .....  .....  Oferowana liczba godzin (miesięcznie)</p>

DATA I PODPIS OFERENTA.....

