

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 PK48/DK/2023 obejmującego zamówienie na zlecenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu na udzielanie świadczeń zdrowotnych, zakresie kompleksowej opieki pielęgniarstwa nad pacjentami Oddziału Chirurgii Naczyń oraz w Zespole Pracowni Radiologii Zabiegowej i Bloku Operacyjnego Chirurgii Naczyń przez okres 36 miesięcy.

PAKIET	PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	IMIĘ I NAZWISKO WYKONUJĄCEGO PRZEDSIĘWZIĘCIE ŚWIADCZENIA	OFEROWANA CENA ZA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ WYKONYWANYCH ZGODNIE Z WYMOGAMI NFZ
1	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarstwa na rzecz pacjentów w Oddziale Chirurgii Naczyń</p> <p>Wymagania: mile widziany kurs kwalifikacyjny lub specjalizacja z pielęgniarstwa chirurgicznego</p> <p>Okres trwania umowy: 36 miesięcy, zawarcie umowy na minimum 12 miesięcy</p>		<p>..... Oferowana cena za 1 godz. udzielania świadczeń</p> <p>..... Oferowana liczba godzin miesięcznie</p>
2	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarstwa na rzecz pacjentów w Zespole Radiologii Zabiegowej oraz Bloku Operacyjnym Chirurgii Naczyń przez pielęgniarkę anestezjologiczną</p> <p>Wymagania: mile widziany kurs kwalifikacyjny lub specjalizacja z pielęgniarstwa anestezjologicznego</p> <p>Okres trwania umowy: 36 miesięcy, zawarcie umowy na minimum 12 miesięcy</p>		<p>..... Oferowana cena za 1 godz. udzielania świadczeń</p> <p>..... Oferowana liczba godzin miesięcznie</p>

DATA I PODPIS OFERENTA.....