

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 PK56/DK/2023 obejmującego zamówienie na zlecenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.

PAKIET	PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	IMIĘ I NAZWISKO WYKONUJĄCEGO PRZEDMIOTOWE ŚWIADCZENIA	OFEROWANA CENA ZA UDZIELANIE ŚWIADCZE WYKONYWANYCH ZGODNIE Z WYMOGAMI NFZ
1	Postępowanie konkursowe w zakresie opieki pielęgniarstwa w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej. Wymagania: minimum 5 dyżurów w każdym miesiącu Zawarcie umowy na 12 miesięcy	 Oferowana cena za 1 godz. udzielania świadczeń Oferowana liczba godzin miesięcznie

DATA I PODPIS OFERENTA.....