

## 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 PK5/8/DK/2023 obejmującego zamówienie na zlecenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarzkiej w Zespole Pracowni Hemodynamiki, Elektroterapii i Elektrofizjologii przez okres 36 miesięcy.

PAKIET	PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	IMIĘ I NAZWISKO WYKONUJĄCEGO PRZEDMIOTOWE ŚWIADCZENIA	OFEROWANA CENA ZA UDZIELANIE ŚWIADCZE WYKONYWANYCH ZGODNIE Z WYMOGAMI NFZ
1	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarzkiej na rzecz pacjentów w <b>zakresie kompleksowej opieki pielęgniarzkiej w Zespole Pracowni Hemodynamiki, Elektroterapii i Elektrofizjologii przez okres 36 miesięcy.</b></p> <p>Okres trwania umowy: 36 miesięcy</p>		<p>.....                      Oferowana cena za 1 godz. udzielania świadczeń                      .....                      Oferowana liczba godzin miesięcznie</p>

DATA I PODPIS OFERENTA.....