

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 (wymagane zawarcie umowy na minimum 12 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 10/DK/2024 obejmującego zamówienie na zlecenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu na udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki udzielanej pacjentom Szpitalnego Oddziału Ratunkowego przez pielęgniarki/pielęgniarzy oraz ratowników medycznych przez okres 36 miesięcy.**

PAKIET	PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	IMIE I NAZWISKO WYKONUJĄCEGO PRZEDMIOTOWE ŚWIADCZENIA	OFEROWANA CENA ZA UDZIELANIE ŚWIADCZE WYKONYWANYCH ZGODNIE Z WYMOGAMI NFZ
1	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym przez <b>pielęgniarki/pielęgniarzy.</b></p> <p><u>Wymagania:</u> preferowany tytuł specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego lub co najmniej 3 letni staż pracy w oddziałach o tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym</p> <p><u>Zapotrzebowanie:</u> wykonywanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z harmonogramem świadczeń zaakceptowanych przez udzielającego zamówienie, realizowanych w dni robocze, soboty, niedziele i święta.</p> <p>Zawarcie umowy na minimum 12 miesięcy.</p>		<p>..... Oferowana cena za 1 godz. udzielenia świadczeń</p> <p>..... Oferowana liczba godzin miesięcznie</p>
2	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym przez <b>ratowników medycznych.</b></p> <p><u>Wymagania:</u> preferowany staż pracy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Do dokumentów dołączyć Kartę Przebiegu doskonalenia Zawodowego Ratownictwa Medycznego, preferowany 2 letnie doświadczenie zawodowe w systemie ratownictwa medycznego</p> <p><u>Zapotrzebowanie:</u> wykonywania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z harmonogramem świadczeń zaakceptowanych przez udzielającego zamówienie, realizowanych w dni robocze, soboty, niedziele i święta</p> <p>Zawarcie umowy na minimum 12 miesięcy.</p>		<p>..... Oferowana cena za 1 godz. udzielenia świadczeń</p> <p>..... Oferowana liczba godzin miesięcznie</p>

DATA I PODPIS OFERENTA.....

