

## 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. Dane kontaktowe:

tel. .... fax ..... mail: .....

4. Kwalifikacje zawodowe pielęgniarek które będą wykonywały świadczenia zdrowotne w imieniu Oferenta na rzecz Zamawiającego:

.....  
.....  
.....

II **Cena oferty wynosi** za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę

cena brutto:..... zł (słownie: .....) )

II. Oferuję średniomiesięcznie dyspozycyjność w liczbie .....godzin.

III. Oferowany czas trwania umowy to ..... miesięcy, **preferowany to 12 miesięcy.**

IV. Oferuję termin płatności 21 dni, od dnia otrzymania faktury VAT przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu.

.....  
pieczętka i podpis Oferenta

Załącznik nr 1

Do Oferty z dnia .....

Wykaz personelu Przyjmującego Zamówienie udzielającego świadczeń zdrowotnych

<i>I.p.</i>	<i>Imię</i>	<i>Nazwisko</i>	<i>PESEL</i>	<i>Numer prawa wykonywania zawodu</i>	<i>Kwalifikacje</i>

DATA I PODPIS OFERENTA.....