

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 24/DK/2024 obejmującego zamówienie na zlecenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarskiej na rzecz pacjentów Szpitala w salach operacyjnych i zabiegowych Centralnego Traktu Operacyjnego i Pracowni Radiologii Zabiegowej przez pielęgniarkę operacyjną przez okres 36 miesięcy.

| PAKIET | PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA | IMIE I NAZWISKO WYKONUJĄCEGO PRZEDNIOTOWE ŚWIADCZENIA | OFEROWANA CENA ZA UDZIELANIE ŚWIADCZE WYKONYWANYCH ZGODNIE Z WYMOGAMI NFZ |
|--------|---|---|--|
| 1 | <p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarskiej na rzecz pacjentów w salach operacyjnych i zabiegowych Centralnego Traktu Operacyjnego i Pracowni Radiologii Zabiegowej</p> <p>Wymagania: mile widziany kurs kwalifikacyjny lub specjalizacja z pielęgniarstwa operacyjnego Zapotrzebowanie: 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. Preferowany okres zawarcia umowy – 36 miesięcy.</p> | | <p>..... Oferowana cena za 1 godz. udzielenia świadczeń</p> <p>..... Oferowana liczba godzin miesięcznie</p> |

DATA I PODPIS OFERENTA.....