

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu w ramach umowy cywilnoprawnej:

Z ZAKRESU USŁUG:

- Pielęgniarskich
- Całodobowej opieki sprawowanej przez osoby wykonujące zawód Pielęgniarki / Pielęgniarza
- Położnej oraz opieki położniczej nad pacjentkami w oddziale ginekologiczno-położniczym oraz bloku porodowym
- Całodobowej opieki sprawowanej przez osoby wykonujące zawód Ratownika Medycznego
- Pielęgniarskich w NiŚOZ w warunkach ambulatoryjnych lub w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy

*Zaznaczyć właściwe

.....
(imię i nazwisko oferenta)

.....
(nazwa zarejestrowanej firmy, NIP, REGON)

.....
(adres prowadzenia działalności gospodarczej)

.....
(telefon do kontaktu, adres e-mail)

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....

składam niniejszą ofertę:

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych na oddziale:

2. Proponuję za jedną godzinę wykonania przedmiotu zlecenia wynagrodzenie brutto w wysokości zł. (słownie.....),

3. Za wykonywanie usługi proponuję zapłatę w formie przelewu bankowego na konto:

.....
(wpisać bank i numer konta)

Uwagi:

1. Oświadczam, że zapoznałem (łam) się z ogłoszeniem o konkursie.
2. Oświadczam, że zapoznałem (łam) się z dokumentami konkursowymi (Warunki Zamówienia) i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że projekt umowy stanowiący załącznik nr 2 do Warunków Zamówienia akceptuję w całości i zobowiązuję się do zawarcia umowy.
4. Uważam się związanym /związaną ofertą przez okres 30 dni.
5. Do niniejszej oferty załączam wymagane dokumenty i oświadczenia jako załączniki.

.....
czytelny podpis oferenta