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**

*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