

*Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie
38 – 400 Krosno, ul. Korczyńska 57*

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa Oferenta* / imię i nazwisko Oferenta:

.....

Nr wpisu do CEIDG lub KRS (organ dokonujący wpisu)*:

.....

NIP*.....REGON*.....

Adres działalności gospodarczej* / adres zamieszkania:

.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem działalności gospodarczej* / adresem zamieszkania):

.....

Telefon kontaktowy:

.....

* dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/pielęgniara posiadającą(ego) uprawnienia do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi w ramach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki pielęgniarskiej

Oferent proponuje następującą należność wg stawki brutto:

- 1) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie - zł brutto (słownie:)
- 2) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w sobotę, niedzielę, święta i dni wolne od pracy - zł brutto (słownie:)

Proponowana ilość pakietów, na które składana jest oferta:

W załączeniu przedkładam**:

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

Niniejszym, oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am/ się z Szczegółowym Regulaminem Przeprowadzania Konkursu Ofert i przyjmuję go bez zastrzeżeń.
2. Zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.
3. Stan prawny złożonych dokumentów nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.
5. Zapoznałem/am/ się z warunkami przedstawionymi we wzorze umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

*** w przypadku, gdy Udzielający zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wyżej wymienionych załączników (aktualny), Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w punkcie/punktach nie uległy zmianie i znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia.*

.....
/pieczętka i podpis oferenta/