

Piła, dnia.....

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ  
ZDROWOTNYCH W SZPITALU SPECJALISTYCZNYM W PIŁE**

Szpital Specjalistyczny w Piłie  
im. Stanisława Staszica  
ul. Rydygiera Ludwika 1  
64-920 Piła

11/K/2024

Udzielanie kompleksowych świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/pielęgniara w ramach umowy cywilnoprawnej.

**DANE OFERENTA**

Forma organizacyjna*	IPP [ ]	GPP [ ]	DG [ ]		
Imię i nazwisko					
Adres praktyki /działalności gosp. Kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr					
Adres do korespondencji: (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki) Kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr					
Numer telefonu komórkowego:	Fax:		e-mail :		
Powiat:	Gmina:				
NIP:	PESEL:				
REGON:					
Nazwa Banku i Numer Konta:					
Polisa OC i NW, Nr i okres obowiązywania (zobowiązanie do wykupienia i dostarczenie w dniu zawarcia umowy) :					

**1. Kwalifikacje**

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

**2. Dyspozycyjność\***

ilość godzin w miesiącu

140 – 180 lub więcej	
100 -139	
do 99	

3. Proponowana kwota: ..... .. zł brutto za jedną godzinę wykonywania stacjonarnych świadczeń zdrowotnych.

4. Proponowana kwota: ..... .. zł brutto za jedną godzinę wykonywania wyjazdowych świadczeń zdrowotnych.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, projektem umowy, które akceptuję i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

.....  
podpis oferenta

\* proszę udzielić odpowiedzi wstawiając obok pytania znak X