

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

2/K/2026

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