

## FORMULARZ OFERTY

DOT. POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO Nr OP/13/K/2024 OBEJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE NA ZLECENIE  
SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W CHORZOWIE  
W ZAKRESIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH – PRZEZ PIELEŃNIARKI  
W ZAKRESIE ODDZIAŁU PULMONOLOGII I NOWOTWORÓW PŁUC Z PODODDZIAŁEM  
FTYZJOPNEUMONOLOGII – UZUPEŁNIAJĄCE PRZEZ OKRES 24 MIESIĘCY.

1. Dane Oferenta:

Pełna nazwa Oferenta

.....  
.....

Regon ..... NIP ..... PESEL .....

Adres Oferenta:

ul. .... nr .....

kod pocztowy ..... miejscowość .....

Adres zamieszkania Oferenta (osoby fizycznej):

ul. .... nr .....

kod pocztowy ..... miejscowość .....

Dane kontaktowe:

tel. .... mail: .....

*UWAGA: wszystkie informacje dotyczące postępowania są przesyłane na podany mail*

2. Oferowany czas trwania umowy to ..... miesięcy, **preferowany to 24 miesiące.**
3. Oferuję termin płatności 10 dni, od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT (rachunku).
4. Oferuję sposób realizacji przedmiotu umowy zgodnie z wymaganiami NFZ i potrzebami Szpitala.
5. Oferuję dodatkowo ponad wymagany standard:

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

.....  
pieczętka i podpis Oferenta

**DOT. POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO OP/13/K/2024 OBEJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE NA ZLECENIE SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W CHORZOWIE  
W ZAKRESIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH – PRZEZ PIELEŃNIARKI  
W ZAKRESIE ODDZIAŁU PULMONOLOGII I NOWOTWORÓW PŁUC Z PODODDZIAŁEM FTYZJOPNEUMONOLOGII – UZUPEŁNIJĄCE PRZEZ OKRES 24 MIESIĘCY.**

<b>ODDZIAŁ PULMONOLOGII I NOWOTWORÓW PŁUC Z PODODDZIAŁEM FTYZJOPNEUMONOLOGII</b>				
NUMER POZYCJI W PAKIECIE	PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA WYMAGANIA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE, KTÓRE OFERENT BEZWZGLĘDNIE MUSI SPEŁNIĆ	KWALIFIKACJE	OFEROWANA ILOŚĆ GODZIN MIESIĘCZNIE W OKRESIE OBOWIĄZYWANIA UMOWY	OFEROWANA CENA ZA ZABEZPIECZENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYKONYWANYCH ZGODNIE Z WYMAGANIAMI NFZ
1	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę / pielęgniarza w zakresie Oddziału Pulmonologii i Nowotworów Płuc z Pododdziałem Ftyzjopneumonologii w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie</p> <p>od poniedziałku do piątku w godzinach rozpoczęcia i zakończenia realizacji świadczeń od 7:00 do 19:00 oraz od 19:00 do 7:00 oraz w soboty, niedziele i święta całodobowo</p> <p>wymagania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pielęgniarka / pielęgniarz ze specjalizacją: specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej;</li> <li>• pielęgniarka / pielęgniarz bez specjalizacji.</li> </ul>			<p>.....                  cena za 1 GODZINĘ udzielenia świadczeń zdrowotnych</p>

*Uwaga: W celu uniknięcia wezwania do uzupełnienia oferty oraz przedłużania tym czasu trwania postępowania konkursowego proszę wypełnić wszystkie kolumny.*

DATA I PODPIS OFERENTA.....