***Załącznik nr 1*** *do Materiałów Informacyjnych i Szczegółowych Warunków Konkursu*

### F O R M U L A R Z O F E R T Y

**dot. Postępowania Konkursowego Nr 7/2025 obejmującego zamówienie** **w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę / pielęgniarza w ramach Oddziału Psychiatrycznego, 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***

1. **Oferowany czas trwania umowy to od 01.03.2025r. do ……….……..…, preferowany to 24 miesiące od 01.03.2025r. do 28.02.2027r.**
2. **Oferuję termin płatności 10 dni, od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT (rachunku).**
3. **Oferuję sposób realizacji przedmiotu umowy zgodnie z wymaganiami NFZ i potrzebami Szpitala.**

1. **Oferuję dodatkowo ponad wymagany standard:**

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

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

*...........................…..............*

*pieczątka i podpis Oferenta*

**dot. Postępowania Konkursowego Nr 7/2025 obejmującego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę / pielęgniarza w ramach Oddziału Psychiatrycznego, przez okres 24 miesięcy.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oddział Psychiatryczny** | | | | |
| **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 | **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Psychiatrycznym przez pielęgniarkę / pielęgniarza**  realizacja świadczeń zdrowotnych w godzinach rozpoczęcia i zakończenia według harmonogramu od poniedziałku do piątku oraz w soboty, niedziele i święta całodobowo - zgodnie z wymogami NFZ i potrzebami Szpitala  wymiar etatu - 1  wymagania: pielęgniarka / pielęgniarz ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego |  |  | *…………………………… cena w PLN za 1 GODZINĘ udzielania świadczeń zdrowotnych* |

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

***data i podpis oferenta…………………………………………***