

.....
(pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa, położniczej oraz na udzielanie świadczeń w zakresie pielęgnacyjno-opiekuńczym (opieki medycznej) przez opiekuna medycznego na rzecz pacjentów Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
os. XXX-lecia 21, 47-303 Krapkowice
NIP: 1990080635

II. DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Nazwa

Siedziba:

REGON

NIP:

Telefon:

e-mail:

III. OFERTA CENOWA

Oświadczam, iż oferuję poniższe stawki za wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Jednostka miary	Cena jednostkowa brutto [PLN]
1 godzinę pracy pielęgniarki w dni powszednie oraz ustawowo wolne od pracy.	
1 godzinę pracy pielęgniarki w dni powszednie oraz ustawowo wolne od pracy – blok operacyjny	
1 godzinę pracy w dni powszednie – opiekun medyczny	
1 godzinę pracy w dni ustawowo wolne od pracy – opiekun medyczny	
Ryczałt miesięczny za świadczenie usług zdrowotnych w przypadku gdy liczba godzin jest mniejsza niż 1 tysięcy	
Wynagrodzenie za godzinę świadczenia usług w przypadku gdy liczba godzin jest większa niż 1 tysięcy	

IV. OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

- Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
- Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Istotnych Warunkach Umowy – załącznik nr 2.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta)