

FORMULARZ OFERTOWY

I. Oznaczenie Oferenta:

.....

Adres:

ul.

kod miejscowość

Telefon: , adres e-mail.....

NIP..... REGON PESEL:

Nr prawa wykonywania zawodu: (dołączyć kserokopię)

Nr wpisu do właściwego rejestru: (dołączyć kserokopię)

Nazwa organu, który dokonał wpisu:

II. Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze pielęgniarki w poradni leczenia bólu:

Stawka:.....zł/h brutto (słownie:.....zł)

III. Oświadczam, iż:

1. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe w zakresie znieczuleń przy wykonywaniu zabiegów.
2. Posiadam tytuł specjalisty w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić*)
3. Zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić*)
4. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji umowy przez cały okres jej trwania: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić*)
5. Posiadam umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mi na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Poradni Leczenia Bólu, Poradni Anestezjologicznej(*niepotrzebne skreślić*) oraz w innych medycznych komórkach organizacyjnych zgodnie z profilem udzielanych świadczeń w Szpitalu: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić*)

.....
data

.....
Podpis (imię i nazwisko) Oferenta