

**FORMULARZ OFERTOWY W KONKURSIE OFERT NA UDZIELANIE  
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE:  
usług pielęgniarских**

Imię i nazwisko/nazwa .....

PESEL ..... nr prawa wykonywania zawodu .....

\*Nr KRS .....

\*Wpis do CEIDG jako .....

\*NIP ..... \*REGON .....

\*adres praktyki pielęgniarskiej/siedziba .....

nr telefonu .....

nr rachunku bankowego .....

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarских w oddziałach Wojewódzkiego Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg następującej kalkulacji:

.....  
(wysokość proponowanej stawki godzinowej brutto – w tym:

.....  
\*\*wyszczególnienie wysokości stawki godzinowej brutto  
dla pielęgniarki zatrudnionej u Udzielającego  
Zamówienie na umowę o pracę)

.....  
( ilość godzin w miesiącu)

Zobowiązuję się do wykonywania **usług pielęgniarских** w Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.

Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne zgodnie z treścią ogłoszenia o konkursie ofert w zakresie usług pielęgniarских z dnia 25 września 2020 r. w oparciu o regulacje ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020, poz. 562 ze zm.)

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, projektem umowy, z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 295 ze zm.), ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 poz. 1398 ze zm.) oraz przepisami ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020, poz. 562 ze zm.).

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis

\* dotyczy podmiotów prowadzących działalność leczniczą (nie dotyczy osób fizycznych)

\*\* dotyczy pielęgniarki zatrudnionej u Udzielającego Zamówienie na umowę o pracę