

Załącznik nr 1 do Warunków Konkursu Ofert

FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa Oferenta:

2. Adres oferenta:

3. Zarejestrowany w:

4. Numer NIP:

5. Numer REGON:

6. Nr telefonu:

7. Kwota należności za realizację zamówienia (cena jednostkowa brutto):

za świadczenie usług w zakresie sprawowania opieki nad pacjentem przez pielęgniarkę/pielęgniara oferuję
stawkę godzinową w wysokości _____ zł brutto (słownie: _____
złotych^{00/100});

8. Czas trwania umowy :.....

9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert w sprawie o udzielenie
zamówienia na świadczenia zdrowotne w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu.

10. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami konkursu i treścią umowy i nie wnoszę do nich żadnych
zastrzeżeń.

11. Oświadczam, że nie jest stroną umowy zwartej z NFZ w zakresie udzielania świadczeń opieki
zdrowotnej - tym samym nie zachodzą przesłanki, o których mowa w art. 133 w zw. z art. 132
ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze
środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.),

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta:

(czytelny podpis i pieczęćka Oferenta lub osoby
uprawnionej do jego, data, miejscowość)

KP