

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 za 1 godzinę brutto):

za świadczenie usług w zakresie sprawowania opieki nad pacjentem przez pielęgniarkę/pielęgniara w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu Filia 1 oferuję stawkę godzinową :

a) _____ zł brutto (słownie: _____ złotych^{00/100}) za 1 godzinę pracy w planowanych godzinach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wypracowanych bezpośrednio przy pacjencie obejmujących dni robocze w godzinach od 8:00 do 16:00 i na wezwanie w godzinach od 16.00 do 8:00 dnia następnego; oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego.

b) _____ zł brutto (słownie: _____ złotych^{00/100}) za 1 godzinę pracy w godzinach pełnienia „dyżurów pod telefonem” obejmujących dni robocze w godzinach od 16.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego wg harmonogramu czasu pracy z wyłączeniem godzin wypracowanych bezpośrednio przy pacjencie.

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.

Załącznik nr 1 do Warunków Konkursu Ofert

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 2024r. poz. 146 z późn. zm.),

12. Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta:

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