

## FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
przez pielęgniarki/rzy w Dziale Pomocy Doraźnej i Przyjęć – IZBA PRZYJĘĆ**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

1. Dane do oferty:

|                                                     |  |     |  |       |  |
|-----------------------------------------------------|--|-----|--|-------|--|
| Imię i Nazwisko<br>adres zamieszkania<br>i siedziba |  |     |  |       |  |
| PESEL                                               |  | NIP |  | REGON |  |
| Nazwa Banku, numer konta                            |  |     |  |       |  |
| Telefon kontaktowy                                  |  |     |  |       |  |
| Adres poczty elektronicznej                         |  |     |  |       |  |

2. Oferuje udzielanie świadczeń zdrowotnych jako **pielęgniarka/rz.**

3. Proponuję stawkę za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych (w pełnych złotych):

|                |                                                                 |
|----------------|-----------------------------------------------------------------|
| .....zł brutto | za udzielanie świadczeń zdrowotnych jako <b>pielęgniarka/rz</b> |
|----------------|-----------------------------------------------------------------|

4. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w ilości ..... godzin w miesiącu.

5. Oferta z załącznikami zawiera łącznie ..... ponumerowanych stron.

.....  
Miejscowość, data sporządzenia oferty

.....  
podpis oferenta

.....  
podpis oferenta