

## **OFERTA**

### **na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespole Ambulatoryjno – Wjazdowym POZ**

Imię i nazwisko Oferenta

.....

Nr telefonu do kontaktu

Adres e-mail

.....

Nazwa indywidualnej praktyki pielęgniarskiej

.....

Nr REGON

.....

Nr NIP

Nr PESEL

.....

Nr wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarskich w rejestrze OIPiP

.....

Miejsce zamieszkania

.....

Adres siedziby indywidualnej praktyki pielęgniarskiej, jeżeli jest inny niż miejsce zamieszkania

.....

Nr prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i data wydania

.....

Nazwa i stopień posiadanej specjalizacji z datą wydania dyplomu lub nazwa odbywanej specjalizacji z datą rozpoczęcia specjalizacji, w innym przypadku proszę wpisać „bez specjalizacji” lub posiadanego kursu kwalifikacyjnego, lub kursu szczepienia ochronne dla pielęgniarek (data uzyskania)

.....

.....  
Nr prawa jazdy w przypadku składania oferty na udzielanie świadczeń w Ambulatorium POZ, przy  
jednoczesnym kierowaniu środkiem transportu ....., data wydania prawa  
jazdy .....

**Oferent proponuje termin zawarcia umowy na okres:**

od ..... do .....

**Dyspozycyjność:**

1.	dni i godziny udzielania świadczeń wskazane przez Przyjmującego Zamówienie (poniedziałek-piątek 18.00 - 8.00)	
2.	dni i godziny udzielania świadczeń wskazane przez Przyjmującego Zamówienie (soboty, niedziele i święta)	

**Propozycja cenowa oferenta za 1 godzinę udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego  
zamówienia:**

- od poniedziałku do piątku w godz. 18.00 - 8.00 brutto ..... zł/godz.
- w soboty, niedziele i święta w godz. 8.00 - 8.00 brutto ..... zł/godz.
- za kierowaniem pojazdem uprzywilejowanym bez względu na dzień tygodnia  
brutto..... zł/godz.

.....  
( miejscowość, data )

.....  
( podpis Oferenta)

*Do ofert załączam następujące dokumenty :*

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....