

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
PRZEZ PIELĘGNIARKI W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

- a) Imię i nazwisko:
- b) Adres zamieszkania:
- c) Adres do korespondencji:
- d) Numer telefonu:
- e) Adres e – mail:
- f) Numer PESEL:

Dotychczasowe zatrudnienie:

od ... do ...	Nazwa podmiotu	Stanowisko	Forma zatrudnienia

Obecne miejsca zatrudnienia (podać formę zatrudnienia i nazwę podmiotu):

- 1.
.....

Oferuję:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych jako pielęgniarka w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Zryczałtowaną stawkę za 1 godzinę dyżuru nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zł.

Liczbę godzin w wymiarze miesięcznie.

Załączam następujące kserokopie dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem:

- a) dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego pielęgniarki.

.....
Podpis i pieczętka Oferenta

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.
2. Zapoznałam/em się z niniejszymi Szczegółowymi Warunkami Konkursu.
3. Zapoznałam/em się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych.

.....
Podpis i pieczętka Oferenta