

.....  
(pieczęć Oferenta)

### FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa, opieki położniczej oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę epidemiologiczną w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

#### I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.  
os. XXX-lecia 21, 47-303 Krapkowice  
NIP: 1990080635

#### II. DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Nazwa .....  
Siedziba: .....  
REGON .....  
NIP: .....  
Telefon: .....  
e-mail: .....

#### III. OFERTA CENOWA

Oświadczam, iż oferuję poniższą stawkę za wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie:

- 1) opieki pielęgniarstwa w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o. .... zł brutto  
(słownie: ..... ) za 1 godzinę udzielania świadczeń na Oddziale  
..... \*/ Izbie przyjęć \*/ w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczy \*
- 2) opieki położniczej w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o. .... zł brutto  
(słownie: ..... ) za 1 godzinę udzielania świadczeń na Oddziale  
.....
- 3) pielęgniarki epidemiologicznej w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o. za wynagrodzenie ryczałtowe miesięczne brutto ..... zł (słownie: ..... ).

#### IV. OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Projekcie umowy – załącznik nr 2\*, załącznik 2a

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania Oferenta)

\*niepotrzebne skreślić.