

FORMULARZ OFERTOWY

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych leżących w kompetencjach i uprawnieniach o udzielenie zamówienia na świadczenia usług zdrowotnych **na stanowisku Koordynatora Zespołów Ratownictwa Medycznego oraz na stanowisku Ratownika Medycznego w Zespołach Ratownictwa Medycznego** w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu SP ZOZ z siedzibą przy ul. Rycerskiej 10.

1. PEŁNA NAZWA OFERENTA (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA FIRMY):
2. ADRES OFERENTA I SIEDZIBA FIRMY:
3. OZNACZENIE ORGANU DOKONUJĄCEGO WPISU:
4. PESEL:
5. NIP:
6. REGON:
7. NR TELEFONU:
8. ADRES E-MAIL:

1. Oferuję następujące stawki podstawowe (ryczałtowe) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w charakterze

- a) PLN brutto w dni powszednie, w soboty, niedziele i święta słownie:

2. Oferowana liczba godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych w każdym miesiącu – (minimalna liczba godzin nie może być niższa niż 96) – podać liczbę:

a)

3. Doświadczenie zawodowe - wpisać liczbę lat aktywności w zawodzie lub ilość godzin w okresie ostatnich 5 lat w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ustawy z dnia 08 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym:

a)

4. W załączeniu przedkładam następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)
- 11)

Poznań, dnia

.....

Podpis Oferenta