***Załącznik nr 1***

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa oferenta: | Adres oferenta: |
| Kod pocztowy i miejscowość: | PESEL |
| Numer NIP | Numer REGON |
| Numer telefonu: | Adres email: |

Oferuję następującą stawkę ryczałtową za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez:

**-- *pielęgniarka Izby Przyjęć*:**  - ………... zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć

**-- *pielęgniarka Klinicznego Oddziału Opieki Paliatywno- Hospicyjnej wraz z Zespołem Opieki Domowej:***

- ……..... zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Opieki Paliatywno-Hospicyjnej

- ………... zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Zespołu Opieki Domowej

Oferuję następującą liczbę godzin świadczonych w miesiącu: …………………………

**Załączone dokumenty:**

1.……………………………….………………………………………….

2.…………………………………………………………………………..

3.…………………………………………………………………………..

4…………………………………………………………………………..

5…………………………………………………………………………..

6…………………………………………………………………………..

7…………………………………………………………………………..

8……………………………………………………………………….....

9…………………………………………………………………………..

10…………………………………………………………………….…..

11.………………………………………………………………………..

12.……………………………………………………………………......

………………………………………..

Data i Podpis Oferenta