

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Świadczenie usług pielęgniarских w Zagłębiowskim Hospicyjnym Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznym”**

**1. ZAMAWIAJĄCY**

Hospicjum Sosnowieckie im. św. Tomasza Ap.  
ul. Mjr H. Hubala-Dobrzańskiego 131  
41-218 Sosnowiec  
tel. 32 832 94 00

**2. OFERENT**

**Imię i Nazwisko/Nazwa** .....

**Adres zamieszkania/siedziby** .....

**Nr telefonu** .....

**e-mail** .....

**Nr prawa wykonywanie zawodu** .....

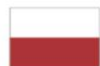
**( osoba fizyczna )**

**nr PESEL / NIP** .....

Osoba wyznaczona do kontaktu w sprawie treści oferty

..... tel. ....

---



Rzeczpospolita  
Polska



Śląskie.

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Składam ofertę na wykonanie usług pielęgniarских w zakresie zadania pn: „Razem możemy lepiej – program wsparcia dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów” zgodnie z zapytaniem.

Oferuję wykonanie zamówienia na poniższych warunkach

### Praca w środowisku

LP.	Miejsce świadczenia usługi	Ilość godz. w miesiącu	Cena brutto zł/h	Wartość brutto miesięcznie
1	Opieka środowiskowa			

Oświadczam iż będę pełnić usługi pielęgniarские w wybranym przeze mnie zakresie w okresie od podpisania umowy do 31.01.2020r. zgodnie z uzgodnionym z Zamawiającym grafikiem.

.....  
Data i podpis Oferenta