Załącznik nr 5 do Zapytania 02/2020/EFS/9.2.6

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

## ZAMAWIAJĄCY

Hospicjum Sosnowieckie im. św. Tomasza Ap.

ul. Mjr H. Hubala-Dobrzańskiego 131

41-218 Sosnowiec

tel. 32 832 94 00

## 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. ...............................

Składam ofertę na wykonanie usług pielęgniarskich w zakresie zadania **pn: „"Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w powiecie M. Sosnowiec"”**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 pielęgniarskie w okresie od podpisania umowy do 31.12.2021r. zgodnie z grafikiem uzgodnionym z Zamawiającym.

………………………………………………..

Data i podpis Oferenta