Załącznik nr 5 do Zapytania 09/EFS 9.2.1 /2023

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Świadczenie usług pielęgniarskich w Zagłębiowskim Hospicyjnym Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznym prowadzonym przez Hospicjum Sosnowieckie im. św. Tomasza Ap.**

## 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 ***Usługi społeczne dla osób niesamodzielnych w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznego”*** 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 pielęgniarki w środowisku** |  |  |  |

Oświadczam iż będę pełnić usługi pielęgniarskie w wybranym przeze mnie zakresie w okresie od podpisania umowy do 30.06.2023r. zgodnie z uzgodnionym z Zamawiającym grafikiem.

………………………………………………..

Data i podpis Oferenta