

FORMULARZ OFERTOWY

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

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.



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 31.12.2021r. zgodnie z uzgodnionym z Zamawiającym grafikiem.

.....
Data i podpis Oferenta