

Sosnowiec, dnia .....

**Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny  
im. Jana Pawła II w Sosnowcu sp. z o.o.  
ul. G. Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec**

### **Oferta konkursowa nr 2/2025**

#### **Dane Oferenta:**

Nazwa Oferenta

.....  
.....

Adres

.....  
.....

Adres do korespondencji ( w przypadku, gdy jest inny niż adres oferenta j.w.)

.....

Nr telefonu.....

W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie.....  
(ogłoszenie - tablica ogłoszeń w/m, strona internetowa Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II sp. z o.o. w Sosnowcu) oferuję wykonanie przedmiotu konkursu:

#### **1. Formularz cenowy**

Rodzaj udzielanych świadczeń	Szacunkowa średniomiesięcz na ilość godzin	Maksymalna stawka za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych	Proponowana ilość godzin możliwych do udzielania świadczeń zdrowotnych przez Oferenta	Proponowana kwota brutto za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez Oferenta
<b>a) pielęgniarka/pielęgniarz na:</b>				
• Oddziale Klinicznym Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego,	<b>160 godzin</b>	<b>70,00</b>		
<b>b) Położna w:</b>				
• Poradni ginekologicznej	<b>80 godzin</b>	<b>70,00</b>		

#### **2. Okres, na jaki została złożona oferta .....**

.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)