Załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu sp. z o.o.

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 3/2024

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 średniomiesięczna 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
a) pielęgniarka/pielęgniarz na:				
• Oddziale Klinicznym Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego,	**3856 godzin**	**70,00**		
• Oddziale Rehabilitacji Ogólnorozwojowej, Rehabilitacji Neurologicznej dla Dzieci	**338 godzin**			
• Oddziale Gastroenterologicznym dla Dzieci,	**61 godzin**			
• Oddziale Reumatologicznym dla Dzieci	**306 godzin**			
• Oddziale Dermatologii i Leczenia Anomalii Naczyniowych dla Dzieci,	**85 godzin**			
• Oddziale Niemowlęcym i Patologii Noworodka,	**325 godzin**			
• Oddziale Klinicznym Pediatrii;	**338 godzin**			
b) pielęgniarka/pielęgniarz na:				
• Oddziale Małoinwazyjnej Chirurgii i Traumatologii Wieku Rozwojowego,	**752 godzin**	**76,00**		
• Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Noworodków i Dzieci,	**301 godzin**			
• Bloku Operacyjnym	**277 godzin**			
c) pielęgniarka/pielęgniarz, ratownik medyczny na:				
• Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, - pielęgniarka/pielęgniarz	**1520 godzin**	**80,00**		
• Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, - ratownik medyczny				

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

.....

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