Załącznik nr 2

FORMULARZ CENOWY

dla pielęgniarek k/m (kobieta/mężczyzna, dalej zwanych jako „k/m"), elektroradiologów k/m, fizjoterapeutów k/m, rejestratorów k/m i kierowców k/m

DANE OFERENTA:

1. Imię i nazwisko/ Nazwa firmy: .....

   ……

2. Adres działalności gospodarczej:.....

   ……

3. Regon: ..... NIP: .....

4. Nr telefonu: …….. e- mail: ……

Po zapoznaniu się z ogłoszeniem i warunkami konkursu zgłaszam swoją ofertę na samodzielne wykonywanie świadczeń zdrowotnych realizowanych na podstawie umowy cywilnoprawnej.

Proponowany okres obowiązywania umowy od 01.07.2026 r. do 30.06.2031 r.

OFERTA CENOWA

Lp.	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Oferowana cena za 1 godzinę udzielania świadczeń:
1.		
2.		
3.		
4.		

1. Deklarowana minimalna liczba godzin do przepracowania w ciągu miesiąca (zaznaczyć właściwe):

- □ < 80 godzin
- □ 80 – 160 godzin
- □ ≥ 160 godzin

2. Dotychczasowy okres zatrudnienia (zaznaczyć właściwe):

- □ do 3 miesięcy
- □ od 3-18 miesięcy
- □ od 18-36 miesięcy
- □ > powyżej 36 miesięcy

……..……. …..…….

(miejscowość i data) (podpis i pieczęć oferenta)