**FORMULARZ CENOWY –– Zakres 1 - Pielęgniarka w oddziałach szpitalnych**

Pakiet 1 - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maksymalna** ilość godz. do przepracowania w okresie trwania umowy (w okresie 12 miesięcy) | Proponowana przez Oferenta ilość godzin | Stawka wynagrodzenia za 1 godz. brutto . | Wartość w okresie 12 miesięcy |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w OAiT  |  1440 godzin |  |  |  |

  ................................dnia.............................. . …………........................................................

 (podpis i pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ CENOWY ––Zakres 1- Pielęgniarka/pielęgniarz w oddziałach szpitalnych**

Pakiet 2 - Oddział Psychiatryczny oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maksymalna** ilość godz. do przepracowania w okresie trwania umowy (w okresie 12 miesięcy) | Proponowana przez Oferenta ilość godzin | Stawka wynagrodzenia za 1 godz. brutto . | Wartość w okresie 12 miesięcy |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/pielęgniarzaOddział Psychiatryczny oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy | 2040 godzin |  |  |  |

................................dnia.............................. . …………........................................................

 (podpis i pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ CENOWY –– Zakres 1 - Położna w oddziałach szpitalnych**

Pakiet 3 – Oddział Neonatologii

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maksymalna** ilość godz. do przepracowania w okresie trwania umowy (w okresie 12 miesięcy) | Proponowana przez Oferenta ilość godzin | Stawka wynagrodzenia za 1 godz. brutto . | Wartość w okresie 12 miesięcy |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez położną Oddział Neonatologii  | 1440 godzin |  |  |  |

................................dnia.............................. . …………........................................................

 (podpis i pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ CENOWY –– Zakres 2 - Pielęgniarka instrumentariuszka na Bloku Operacyjnym**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maksymalna** ilość godz. do przepracowania w okresie trwania umowy (w okresie 12 miesięcy) | Proponowana przez Oferenta ilość godzin | Stawka wynagrodzenia za 1 godz. brutto w godz. 7:00 – 15:00. | Stawka wynagrodzenia za 1 godz. brutto w godz. 7:00 – 15:00 |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę instrumentariuszkę Blok Operacyjny  |  5616 godzin |  |  |  |

  ................................dnia.............................. . …………........................................................

 (podpis i pieczęć Oferenta)