*Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert*

*Postępowanie konkursowe Nr KUM/18/2021*

*Zadanie nr 4*

**O F E R T A z dnia** .................................................

na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji oddziału   
w dni powszednie, w godzinach od 07:25 do 15:00 w **Oddziale Neurologicznym**

**z Pododdziałem Udarowym, z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej**

**NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**SIEDZIBA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

……………………………...........................................................................................................

....................................................................................................**PESEL**:.....................................

**tel.** ……………………… **fax.** ………….… email ……………………………………………

**ADRES DO DORĘCZEŃ**

.......................................................................................................................................................

**REGON** ........................................................... **NIP** ...................................................................

**NR WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ** ..............................................................................................................................

**KWALIFIKACJE ZAWODOWE:**

**PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU** ……………………………………………………

**SPECJALIZACJA, STOPIEŃ, DZIEDZINA** ……………………………………………….

**W TAKCIE SPECJALIZACJI, DZIEDZINA** ………………………………………………

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oferuję wykonywanie objętych ogłoszeniem świadczeń zdrowotnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie, zgodnie   
   z warunkami zawartymi w szczegółowych warunkach konkursu.
3. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanych świadczeń zdrowotnych i utrzymam je przez okres obowiązywania umowy\* lub zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia z obowiązkiem przedłożenia jej   
   w dniu ewentualnego podpisania umowy.\*
5. Oświadczam, że dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonania zamówienia.
6. Za wykonywanie świadczeń proponuję należność zgodnie z cennikiem – załącznikiem do oferty.

\*) niepotrzebne skreślić

..........................................................................

**podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie**

*Załącznik do oferty dotyczącej* ***Zadania Nr 4***

*w postępowaniu konkursowym nr KUM/18/2021*

Za realizację zamówienia proponuję następującą stawkę wynagrodzenia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numer zadania** | **Nazwa zadania** | **Cena brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych** |
| **Zadanie nr 4** | Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji oddziału w dni powszednie, w godzinach od 07:25 do 15:00  w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym, z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej |  |

Deklarowany termin rozpoczęcia udzielania świadczeń:

……………………………………….

**………………………….. …………………………………….**

**Miejscowość i data podpis Przyjmującego zamówienie**