*Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert*

*Postępowanie konkursowe Nr KUM/19/2021*

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

na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżuru w dni powszednie poza godzinami normalnej ordynacji tj. w godzinach od 15:00 do 7.25 rano dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta i dni wolne od pracy

w **Izbie Przyjęć** w SPZOZ w Lubartowie

**NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

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

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

**SIEDZIBA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

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

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

**tel.** …………………… **fax.** ………….……**e-mail** …………………………………………..

**ADRES DO DORĘCZEŃ**

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

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

**KWALIFIKACJE ZAWODOWE:**

**…………………………………………………………………………………………………..**

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*

*w postępowaniu konkursowym nr KUM/19/2021*

Za realizację zamówienia proponuję następującą stawkę wynagrodzenia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa zadania** |  | **Cena brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w PLN** | **Minimalna deklarowana liczba dni udzielania świadczeń (zgodnie z SWKO nie mniejsza niż 3 dni)** |
| Udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych pełnienia dyżuru w dni powszednie poza godzinami normalnej ordynacji tj. w godzinach od 15:00 do 7.25 rano dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta i dni wolne od pracy w **Izbie Przyjęć** w SPPZOZ w Lubartowie | * za 1 godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w dni powszednie poza godzinami normalnej ordynacji tj. w godzinach od 15:00 do 7.25 rano dnia następnego * za 1 godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy | ………. zł brutto  ………. zł brutto |  |

Deklarowany termin rozpoczęcia udzielania świadczeń: ……………………………………….

**………………………….. …………………………………….**

**Miejscowość i data podpis Przyjmującego zamówienie**