

O F E R T A z dnia (działalność gospodarcza)

do zapytania ofertowego nr **ZP/10/2022****NAZWA ZAMAWIAJĄCEGO:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie,
ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów

NAZWA WYKONAWCY:

.....
.....

SIEDZIBA WYKONAWCY:

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

tel.

email

ADRES DO DORECZEŃ:

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

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

Skladam ofertę cenową w następującym zakresie:

Nazwa zadania	Wynagrodzenie brutto za udzielania świadczeń zdrowotnych
<u>Zadanie nr 1:</u> Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie sprawowania <u>opieki pielęgniarstwa</u> w ramach dyżuru w godzinach od 07:00 do 19.00 oraz od 19.00 do 7.00 dnia następnego w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym, Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie zł brutto za 1 godzinę zegarową (60 min)
<u>Zadanie nr 2:</u> Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie sprawowania <u>opieki pielęgniarstwa</u> w ramach dyżuru w godzinach od 07:00 do 19.00 oraz od 19.00 do 7.00 dnia następnego w Oddziale Chorób Płuc Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie zł brutto za 1 godzinę zegarową (60 min)
<u>Zadanie nr 3:</u> Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie sprawowania <u>opieki pielęgniarstwa</u> w ramach dyżuru w godzinach od 07:00 do 19.00 oraz od 19.00 do 7.00 dnia następnego w Oddziale Pediatrycznym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie zł brutto za 1 godzinę zegarową (60 min)

Zadanie nr 4: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie sprawowania <u>opieki pielęgniarstwa</u> w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w ramach dyżuru w godzinach od 07:00 do 19.00 oraz od 19.00 do 7.00 dnia następnego zł brutto za 1 godzinę zegarową (60 min)
Zadanie nr 5: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie sprawowania <u>opieki pielęgniarstwa</u> w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w godzinach od 07:25 do 15.00 w Poradni Chorób Płuc w ramach Pracowni Spirometrycznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie zł brutto za 1 godzinę zegarową (60 min)
Zadanie nr 6: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie sprawowania <u>opieki pielęgniarstwa</u> w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Centrum Medycyny Rodzinnej w Kocku z siedzibą przy ul. 1 Maja 3, 21-150 Kock w dni robocze (tj. od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy i świąt) w godzinach od 7.25 do 18:00 zł brutto za 1 godzinę zegarową (60 min)
Zadanie nr 7: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie <u>ratownika medycznego</u> w godzinach od 07:30 do 19.30 oraz od 19.30 do 7.30 dnia następnego w ramach Ratowniczych Zespołów Wyjazdowych działających jako Zintegrowany System Ratownictwa Medycznego w Lubartowie oraz Kocku i Ostrowie Lubelskim na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie zł brutto za 1 godzinę zegarową (60 min)

Lista osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach składanej oferty do zapytania ofertowego nr ZP/10/2022:

Imię i nazwisko	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje
		Wykształcenie specjalizacja.....
		Wykształcenie specjalizacja.....

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zaproszenia do składania ofert, specyfikacją oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- Oferuję wykonywanie objętych zaproszeniem świadczeń zdrowotnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie, zgodnie z warunkami zawartymi w specyfikacji stanowiącej załącznik do zaproszenia do składania ofert.
- Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
- 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.

^{*)} niepotrzebne skreślić

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Wykonawcy

