

O F E R T A z dnia

do postępowania konkursowego nr **KUM/29/2023**

NAZWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA:

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

IMIĘ I NAZWISKO PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

.....
.....

ADRES ZAMIESZKANIA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

.....

.....PESEL:.....

tel. email

ADRES DO DORECZENIA:

Składam ofertę cenową w następującym zakresie:

Zakres	Wynagrodzenie brutto
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej przez neurologopedę/logopedę w Poradni Logopedycznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie % za punkt od zrealizowanej procedury według kodów JGP

Kwalifikacje Przyjmującego zamówienie udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach składanej oferty do postępowania konkursowego nr KUM/29/2023:

Imię i nazwisko	Kwalifikacje
	Specjalizacja, stopień, dziedzina w trakcie specjalizacji

- Oświadczam, że zapoznałam/em*) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- 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.
5. Oświadczam, że dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonania zamówienia.
6. Oświadczam, że zapewniam jakość, kompleksowość, dostępność i ciągłość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

*) niepotrzebne skreślić

.....

Miejscowość i data

.....

podpis Przyjmującego zamówienie