

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

do postępowania konkursowego nr **KUM/32/2023**

**NAZWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA:**

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

**NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:**

.....  
.....

**SIEDZIBA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:**

.....  
.....

**PESEL:**.....

**tel.** .....

**email** .....

DRUKOWANYMI LITERAMI

**ADRES DO DORECZEŃ:**

.....

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

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

**Składam ofertę cenową w następującym zakresie:**

Numer zadania	Nazwa zadania	Wynagrodzenie brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych	Proponowana ilość godzin normalnej ordynacji gdzie min. wynosi 15h miesięcznie  Proponowana ilość dyżurów gdzie min. wynosi 3 dyżury w dni robocze i 3 dyżury w soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy miesięcznie
Zadanie nr 1	Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji oddziału w dni robocze, w godzinach od 07:25 do 15.00 w Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie	..... zł brutto	..... godzin miesięcznie

<b>Zadanie nr 2</b>	Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżuru w dni robocze poza godzinami normalnej ordynacji tj. w godzinach od 15:00 do 7.25 rano dnia następnego w <b>Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc</b> Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie	..... zł brutto	..... dyżurów miesięcznie
<b>Zadanie nr 3</b>	Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżuru całodobowo w soboty, niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy w <b>Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc</b> Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie	..... zł brutto	..... dyżurów miesięcznie

*Dopuszcza się złożenie oferty przez Przyjmującego zamówienie na więcej niż jedno zadanie w ramach powyższego postępowania konkursowego. Nie dopuszcza się złożenia alternatywnych ofert w ramach tego samego zadania.*

**Lista osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach składanej oferty do postępowania konkursowego nr KUM/32/2023:**

Numer zadania/ zadań	Imię i nazwisko	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje
			Specjalizacja, stopień, dziedzina ..... ..... ..... w trakcie specjalizacji ..... .....

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektami umów 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.
- 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.\*
- Oświadczam, że dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonania zamówienia.
- Oświadczam, że zapewniam jakość, kompleksowość, dostępność i ciągłość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

\*) niepotrzebne skreślić

.....  
**Miejscowość i data**

.....  
**podpis Przyjmującego zamówienie**