

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

do postępowania konkursowego nr **KUM/35/2023**

**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 DORECZEŃ:** .....

**Składam ofertę cenową w następującym zakresie:**

Numer zadania	Nazwa zadania	Wynagrodzenie brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych	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 pełnienia dyżuru w dni robocze poza godzinami normalnej ordynacji tj. w godzinach od 15:00 do 7.25 rano dnia następnego w <b>Oddziale Ginekologiczno - Położniczym</b> Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie	.....zł brutto	..... dyżurów miesięcznie
Zadanie nr 2	Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżuru całodobowo w soboty, niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy w <b>Oddziale Ginekologiczno - Położniczym</b> Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie	.....zł brutto	..... dyżurów miesięcznie

**Kwalifikacje Przyjmującego zamówienie udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach składanej oferty do postępowania konkursowego nr KUM/35/2023:**

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

1. Oświadczam, że zapoznałam/em\*) 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.
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