

O F E R T A z dnia

do postępowania konkursowego nr **KUM/34/2023**

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 DORECZENIA:

.....
.....**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 dyżurów gdzie min. wynosi 3 dyżury w tym przynajmniej 1 dyżur w dni wolne od pracy (zadanie nr 1 i 2)
Zadanie nr 1	Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ <ul style="list-style-type: none">w dni robocze w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnegow niedziele, soboty i święta oraz w dni wolne od pracy w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego	<ul style="list-style-type: none">w dni powszednie w godzinach od 18 :00 do 8:00 dnia następnego zł bruttow niedziele, soboty i święta oraz w dni wolne od pracy Dyżurów miesięcznie

		w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego zł brutto	
Zadanie nr 2	<p>Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ</p> <ul style="list-style-type: none"> • w dni robocze w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego • w niedziele, soboty i święta oraz w dni wolne od pracy w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego <p>W RAMACH POJEDYNCZEGO DYŻURU</p>za 1 godzinę zegarową (60 min) udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych	Nie dotyczy

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/40/2023:

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

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektami umów 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. Oświadczam, że zapewniam jakość, kompleksowość, dostępność i ciągłość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

*) niepotrzebne skreślić

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Przyjmującego zamówienie