

O F E R T A z dnia

do postępowania konkursowego nr **KUM/43/2023**

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
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 Oddziale Pediatrycznym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie zł brutto
Zadanie nr 2	Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżuru całodobowo w soboty, niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy w Oddziale Pediatrycznym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowiezł brutto

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/43/2023:

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

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