

O F E R T A z dnia

do postępowania konkursowego nr **KUM/44/2023**

NAZWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA:

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

IMIĘ I NAZWISKO PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE:

.....
.....

ADRES ZAMIESZKANIA PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE:

.....

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

tel. email

ADRES DO DORECZENIA:

Składam ofertę cenową w następującym zakresie:

Zakres	Wynagrodzenie brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych^{*)}	Proponowana minimalna liczba dyżurów w miesiącu kalendarzowym
Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez <u>położną</u> w ramach pełnienia dyżuru w godzinach 7:00 – 19:00 oraz w godzinach 19:00 – 7:00 rano dnia następnego w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie zł brutto za 1 godzinę dyżury miesięcznie

^{*)} należy uzupełnić oferowaną stawkę cenową za 1 godzinę udzielania świadczenia zdrowotnego. 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/44/2023:

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