

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

do postępowania konkursowego nr **KUM/45/2023**

**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 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 <b>NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>w dni robocze w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego</li><li>w niedziele, soboty i święta oraz w dni wolne od pracy w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>w dni powszednie w godzinach od 18 :00 do 8:00 dnia następnego  ..... zł brutto</li><li>w niedziele, soboty i święta oraz w dni wolne od pracy</li></ul>	..... Dyżurów miesięcznie

		w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego  ..... zł brutto	
<b>Zadanie nr 2</b>	Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie <b>NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• w dni robocze w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego</li> <li>• w niedziele, soboty i święta oraz w dni wolne od pracy w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego</li> </ul> <b>W RAMACH POJEDYNCZEGO DYŻURU</b>	.....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/45/2023:**

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 jakoś, kompleksowość, dostępność i ciągłość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

\*) niepotrzebne skreślić

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis Przyjmującego zamówienie