

O F E R T A z dnia

do postępowania konkursowego nr **KUM/46/2023**

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*)
Zadanie nr 1	Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji oddziału w dni robocze, w godzinach od 7:25 do 15:00 w Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowiezł
Zadanie nr 2	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 Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowiezł

Zadanie nr 3	<p>Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżuru całodobowo w soboty, niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy w Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie</p>zł
---------------------	--	---------

**) przy zadaniu na które składana jest oferta 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/46/2023:

Nr zadania	Imię i nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje
			Specjalizacja, stopień, dziedzina w trakcie specjalizacji

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- Oferuję wykonywanie objętych ogłoszeniem świadczeń zdrowotnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie, zgodnie z warunkami zawartymi w szczegółowych warunkach konkursu.
- Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
- Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanych świadczeń zdrowotnych i utrzymam je przez okres obowiązywania umowy.
- Oświadczam, że dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonania zamówienia.
- Oświadczam, że zapewniam jakość, kompleksowość, dostępność i ciągłość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

**) niepotrzebne skreślić*

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Przyjmującego zamówienie