

Numer zadania	Nazwa zadania	Wynagrodzenie brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych*)	Proponowana minimalna liczba dyżurów/godzin w miesiącu kalendarzowym
Zadanie nr 1	Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez <u>pielęgniarkę</u> w ramach pełnienia dyżuru w godzinach 7:00 – 19:00 oraz w godzinach 19:00 – 7:00 rano dnia następnego w <b>Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc</b> Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie	..... zł brutto za 1 godzinę	..... dyżury miesięcznie
Zadanie nr 2	Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez <u>pielęgniarkę</u> w ramach pełnienia dyżuru w godzinach 7:00 – 19:00 oraz w godzinach 19:00 – 7:00 rano dnia następnego w <b>Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym, Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej</b> Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie	..... zł brutto za 1 godzinę	..... dyżury miesięcznie
Zadanie nr 3	Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez <u>pielęgniarkę</u> w ramach pełnienia dyżuru w godzinach 7:00 – 19:00 oraz w godzinach 19:00 – 7:00 rano dnia następnego w <b>Oddziale Chirurgii Ogólnej</b> Samodzielnego Publicznego	..... zł brutto za 1 godzinę	..... dyżury miesięcznie

	Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie		
<b>Zadanie nr 4</b>	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w ramach pełnienia dyżuru w godzinach 7:00 – 19:00 oraz w godzinach 19:00 – 7:00 rano dnia następnego oraz w godzinach od 7:00 do 15:00 na <b>Bloku Operacyjnym</b> Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie</p>	<p>..... zł <b>brutto</b> za 1 godzinę</p>	<p>..... godzin miesięcznie</p>

**Kwalifikacje Przyjmującego zamówienie udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach składanej oferty do postępowania konkursowego nr KUM/47/2023:**

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

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**