

O F E R T A z dnia – osoba fizyczna

do postępowania konkursowego nr **KUM/48/2023**

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:

Nazwa zadania	Wynagrodzenie brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych*)
udzielanie świadczeń w zakresie <u>ratownika medycznego</u> w ramach Ratowniczych Zespołów Wyjazdowych działających jako Zintegrowany System Ratownictwa Medycznego w Łucce, Kocku i Ostrowie Lubelskim na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie	<p>Wynagrodzenie za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownika medycznego</p> <p>..... zł brutto</p> <p>Dodatek do wynagrodzenia za 1 godzinę pełnienia funkcji kierownika zespołu podstawowego Ratownictwa Medycznego w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownika medycznego</p> <p>..... zł brutto</p> <p>Dodatek do wynagrodzenia za 1 godzinę kierowania pojazdem uprzywilejowanym w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownika medycznego</p> <p>..... zł brutto</p>

*) 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/48/2023:

Imię i nazwisko	Kwalifikacje
	Specjalizacja, stopień, dziedzina w trakcie specjalizacji

1. Oświadczam, że zapoznałem 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