

O F E R T A z dnia

do postępowania konkursowego nr **KUM/49/2023**

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	Proponowana ilość dyżurów gdzie min. wynosi 3 dyżury w tym przynajmniej 1 dyżur w dni wolne od pracy
Zadanie nr 1	Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ <ul style="list-style-type: none">w dni robocze w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego	<ul style="list-style-type: none">w dni robocze w godzinach od 18 :00 do 8:00 dnia następnego <p style="text-align: right;">..... zł brutto</p>	<p style="text-align: center;">..... dyżurów miesięcznie</p>
Zadanie nr 2	Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ <ul style="list-style-type: none">w niedziele, soboty i święta oraz w dni wolne od pracy w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego	<ul style="list-style-type: none">w niedziele, soboty i święta oraz w dni wolne od pracy w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego <p style="text-align: right;">..... zł brutto</p>	<p style="text-align: center;">..... dyżurów miesięcznie</p>
Zadanie nr 3	Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ <ul style="list-style-type: none">w dni robocze w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnegow niedziele, soboty i święta oraz w dni wolne od pracy w	<p style="text-align: right;">..... zł brutto za 1 godzinę zegarową (60 min) udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych</p>	Nie dotyczy

	godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego W RAMACH POJEDYNCZEGO DYŻURU		
--	---	--	--

**) 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/49/2023:

Nr zadania	Imię i nazwisko	Nr 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 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