

O F E R T A z dnia

do zapytania ofertowego nr ZP/1/2022

NAZWA ZAMAWIAJĄCEGO:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie,
ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów

NAZWA WYKONAWCY:

.....
.....

SIEDZIBA WYKONAWCY:

.....

PESEL:

tel.

email

ADRES DO DORECZEŃ:

.....

REGON NIP

NR WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ
LECZNICZĄ

Składam ofertę cenową w następującym zakresie:

Nazwa zadania	Wynagrodzenie brutto za udzielania świadczeń zdrowotnych	Proponowana ilość dyżurów łącznie dla zadania nr 1 i zadania nr 2, gdzie minimum wynosi 3 dyżury miesięcznie
Zadanie nr 1 - udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru w dni robocze w godzinach od 15.00 do 7.25 dnia następnego w Izbie Przyjęć Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie zł brutto za 1 godzinę zegarową (60 min)
Zadanie nr 2 - udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru całodobowego w soboty, niedziele i święta oraz dni wolne od pracy w Izbie Przyjęć Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie zł brutto za 1 godzinę zegarową (60 min)	

Zadanie nr 3 – pełnienie funkcji Kierownika Izby Przyjęć zł brutto za 1 miesiąc kalendarzowy	Nie dotyczy
---	---	--------------------

Lista osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach składanej oferty do zapytania ofertowego nr ZP/1/2022:

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

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zaproszenia do składania ofert, specyfikacją oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oferuję wykonywanie objętych zaproszeniem świadczeń zdrowotnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie, zgodnie z warunkami zawartymi w specyfikacji stanowiącej załącznik do zaproszenia do składania ofert.
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.

*) niepotrzebne skreślić

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Wykonawcy