Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

**ul. Mickiewicza 168, 37-600 Lubaczów**

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w postaci lekarskiej obsługi radiologicznej pacjentów SP ZOZ w Lubaczowie tj. wykonywanie i opisy badań USG, opisy zdjęć RTG, wykonywanie badań tomograficznych oraz ich opisy w miejscu Zamawiającego** **w okresie od 01.04.2019r. do 31.03.2020r.**

a). Oświadczenie oferenta:

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia i materiałami informacyjnymi dotyczącymi warunków konkursu ofert.

b). Dane o oferencie:

* Oznaczenie oferenta tj. firma lub imię i nazwisko, adres ......................................................................................................................

......................................................................................................................

* Numer wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą……………………………………………………….

……………………………………………………………………………..

* Numer wpisu do rejestru przedsiębiorców lub ewidencji działalności gospodarczej i oznaczanie organu dokonującego wpisu ………………………………….........................................................................................................................................................................................
* NIP .................................................................................

REGON...........................................................................

c). Liczba, kwalifikacje zawodowe i oświadczenia osób udzielających świadczeń zdrowotnych ................................................................................ ........................................................................................................................

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………..

e). Proponowana kwota należności za udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych, określona kwotowo od danego rodzaju wykonywanego i opisywanego badania:

1. opis zdjęcia RTG - ………….. zł. brutto

2. opis badania TK głowy, zatok - …………… zł. brutto

3. opis badania TK inne - …………… zł. brutto

4. opis badania TK wykonanie rekonstrukcji przestrzennych (3D) - …………… zł. brutto

5. Wykonanie i opis USG naczyniowe ………… zł. brutto

6. Wykonanie i opis USG innego niż naczyniowe ……………… zł. brutto

 ..........................................

 data, podpis i pieczęć oferenta