Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy neurochirurgów w rodzaju operacje kręgosłupa w ramach Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej SP ZOZ w Lubaczowie, w okresie od 01.02.2020r. do 31.01.2023r.**

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 procentowo od wartości zrealizowanego kontraktu:

- Poradnia Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej: …………%

- Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej: ……………%

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

 data, podpis i pieczęć oferenta