Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

1. Przedmiot konkursu: **Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala SP ZOZ w Lubaczowie oraz pełnienie funkcji Z-cy Kierownika Oddziału Chorób Wewnętrznych w godzinach od 725 do 1500 w dni powszednie w okresie od 01.07.2020r. 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 brutto za 1 godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych: ……………………….

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

 data, podpis i pieczęć oferenta