Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach pełnionych dyżurów lekarskich na Oddziale Chirurgicznym i Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej Szpitala SP ZOZ w Lubaczowie.**

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

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

d). Proponowana kwota należności brutto za 1 godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych: ……………………….

e). Przeciętna liczba godzin dyżurów w miesiącu (w przypadku oferentów składających oferty cząstkowe): …………………………..

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

data, podpis i pieczęć oferenta

Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach pełnionych dyżurów lekarskich na Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej i Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej** **Szpitala SP ZOZ w Lubaczowie.**

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

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

d). Proponowana kwota należności brutto za 1 godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych: ……………………….

e). Przeciętna liczba godzin dyżurów w miesiącu (w przypadku oferentów składających oferty cząstkowe): …………………………..

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

data, podpis i pieczęć oferenta

Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach pełnionych dyżurów lekarskich w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SP ZOZ w Lubaczowie (pion internistyczny i chirurgiczny).**

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

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

d). Proponowana kwota należności brutto za 1 godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych: ……………………….

e). Przeciętna liczba godzin dyżurów w miesiącu (w przypadku oferentów składających oferty cząstkowe): …………………………..

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

data, podpis i pieczęć oferenta

Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach pełnionych dyżurów lekarskich na Oddziale Pediatrycznym i Noworodkowym Szpitala SP ZOZ w Lubaczowie**

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

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

d). Proponowana kwota należności brutto za 1 godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych: ……………………….

e) Przeciętna liczba godzin dyżurów w miesiącu (w przypadku oferentów składających oferty cząstkowe): …………………………..

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

data, podpis i pieczęć oferenta

Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych, pielęgniarki specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz kierowców w zespołach transportu medycznego międzyszpitalnego SP ZOZ w Lubaczowie stacjonujących w Lubaczowie i w Jarosławiu**

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

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

d). Proponowana kwota należności brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w transporcie medycznym:

- ratowników medycznych i pielęgniarek specjalistek: ……………………….

- kierowców ……………………………..

e). Przeciętna liczba godzin dyżurów w miesiącu (w przypadku oferentów składających oferty cząstkowe): ……………

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

data, podpis i pieczęć oferenta