

**Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie
ul. Mickiewicza 168, 37-600 Lubaczów**

OFERTA KONKURSOWA

Przedmiot konkursu: **Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala SP ZOZ w Lubaczowie w godzinach od 7²⁵ do 15⁰⁰ w dni powszednie, w okresie od 01.11.2021r. do 31.10.2023r.**

a). Oświadczenie oferenta:

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

b). Dane o ofercie:

- 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 oznaczenie 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 w miesiącu (w przypadku oferentów składających oferty częściowe):

.....
data, podpis i pieczęć oferenta