

**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) 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 w **pionie internistycznym SOR**: .....

e) Średnia liczba godzin udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych przez oferenta w miesiącu (w przypadku oferentów składających oferty częściowe): .....

.....

data, podpis i pieczęć oferenta