Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Gotowość lekarzy do udzielania świadczeń zdrowotnych w nocnej i świątecznej opiece lekarskiej w ramach pełnionych dyżurów lekarskich „pod telefonem”, a także udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w razie wezwania w nocnej i świątecznej opiece lekarskiej w okresie od 1.01.2020r. do 31.12.2022r.**

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 gotowości „pod telefonem” do udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych: ……………………….

f) Średnia liczba godzin gotowości „pod telefonem” do udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych przez oferenta w miesiącu: ……………………..

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

 data, podpis i pieczęć oferenta