

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

OFERTA KONKURSOWA

**Przedmiot konkursu: Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych
w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SP ZOZ
w Lubaczowie w okresie od 01.01.2023r. do
30.06.2024r.**

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 chirurgicznym SOR**:

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

.....
data, podpis i pieczęć oferenta