

**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 **ponie internistycznym SOR**: .....

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

.....  
data, podpis i pieczęć oferenta