

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

OFERTA KONKURSOWA

Przedmiot konkursu: **Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych
w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym SP ZOZ
w Lubaczowie**

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

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

e). Proponowana kwota należności brutto za 1 godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych:

.....
data, podpis i pieczęć oferenta