

**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 chirurgiczny) w okresie od 01.10.2023r. do 30.09.2025r.**

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 w **pionie chirurgicznym SOR**:

f) Średnia liczba godzin udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych przez oferenta w miesiącu:

.....

data, podpis i pieczęć oferenta