Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Ginekologiczno - Położniczym SP ZOZ w Lubaczowie w formie dyżurów lekarskich w godzinach od 1500 do 800 dnia następnego (17 godzin) w dni powszednie oraz w godzinach od 800 do 800 dnia następnego (24 godziny) w soboty, niedziele i dni świąteczne w okresie od 01.01.2024r. do 31.12.2025r.**

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

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

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

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

data, podpis i pieczęć oferenta