Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w postaci lekarskiej obsługi radiologicznej pacjentów SP ZOZ w Lubaczowie tj. wykonywanie i opisy badań USG, opisy zdjęć RTG, wykonywanie badań tomograficznych oraz ich opisy w miejscu Zamawiającego (bez teleradiologii) w okresie od 01.05.2024r. do 30.04.2026r.**

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 za udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych, określona kwotowo od danego rodzaju wykonywanego i opisywanego badania:

1. Opis zdjęcia RTG - ………….. zł. brutto

2. Opis badania TK głowy, zatok - …………… zł. brutto

3. Opis badania TK inne niż powyższe - …………… zł. brutto

5. Wykonanie i opis USG innego niż naczyniowe ……………… zł. brutto

e) Liczba dni pracy w tygodniu (w przypadku oferentów składających oferty częściowe): …………………………..

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

data, podpis i pieczęć oferenta