Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w okresie od 01.06.2024r. do 31.05.2026r.**

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

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

- w godzinach od 1800 do 800 (jeden lekarz) ……………………….

- w dni wolne od pracy, niedziele i święta w godzinach od 800 do 1800 (dwóch lekarzy) ………………………

- w dni wolne od pracy, niedziele i święta w godzinach od 800 do 1800 (jeden lekarz) ………………………

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

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

 data, podpis i pieczęć oferenta