Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych, pielęgniarki specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz kierowców w zespołach transportu medycznego międzyszpitalnego SP ZOZ w Lubaczowie stacjonujących w Lubaczowie i w Jarosławiu w okresie od 01.01.2025r. do 31.12.2026r.**

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 brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w transporcie medycznym:

- ratowników medycznych i pielęgniarek specjalistek: ……………………….

- kierowców ……………………………..

e). Przeciętna liczba godzin dyżurów w miesiącu (w przypadku oferentów składających oferty cząstkowe): ……………

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

data, podpis i pieczęć oferenta