Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania opisów badań rentgenowskich (RTG) i tomografii komputerowej (TK) w oparciu o system teleradiologii, na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia w okresie od 01.09.2025r. do 31.08.2027r.**

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 za udzielanie świadczeń zdrowotnych (opis jednego badania):

1. RTG w trybie planowym ……………. zł.
2. RTG w trybie pilnym ……………. zł.
3. RTG w trybie cito ……………. zł.
4. TK w trybie planowym ……………. zł.
5. TK w trybie pilnym ……………. zł.
6. TK w trybie cito ……………. zł.

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

data, podpis i pieczęć oferenta