Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Bloku Operacyjnym SP ZOZ w Lubaczowie w okresie od 01.10.2025r. do 30.09.2027r.**

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 KRS (dla podmiotów leczniczych działających w formie spółki) ………………………………….........................................................................................................................................................................................
* NIP .................................................................................

REGON...........................................................................

c). Liczba, kwalifikacje zawodowe i oświadczenia osób udzielających świadczeń zdrowotnych ..................................................................................... .................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………….

d). Proponowana kwota należności brutto:

- kwota należności brutto za realizację jednego punktu rozliczeniowego z NFZ jako **lekarz operujący**, wykonanego w ramach procedur medycznych (JPG) w rodzaju zabiegi operacyjne …………………….

- kwota należności brutto za realizację jednego punktu rozliczeniowego z NFZ jako **lekarz asystujący,** wykonanego w ramach procedur medycznych (JPG) w rodzaju zabiegi operacyjne ……………………

- kwota należności brutto za realizację jednego punktu rozliczeniowego z NFZ jako **lekarz prowadzący,** wykonanego w ramach procedur medycznych (JPG) w rodzaju leczenie zachowawcze …………………

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

data, podpis i pieczęć oferenta