Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Naczyniowej 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 ……………...................................................................................... .................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………

e). Proponowana kwota należności brutto za realizację jednego punktu rozliczeniowego z NFZ w Poradni Chirurgii Naczyniowej: ............................

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

data, podpis i pieczęć oferenta