Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej pacjentom w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SP ZOZ w Lubaczowie w postaci: wykonywania konsultacji chirurgicznej pacjenta, wykonywania USG jamy brzusznej pacjenta, zaopatrzenia ran niewymagających hospitalizacji pacjenta, kwalifikacji pacjenta do hospitalizacji lub zalecenie leczenia pacjenta w trybie ambulatoryjnym 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:

**-** wykonanie konsultacji chirurgicznej na SOR……………….

**-** wykonanie USG jamy brzusznej pacjenta…………………..

**-** zaopatrzenie ran niewymagających hospitalizacji pacjenta…………………

**-** kwalifikacji pacjenta do hospitalizacji lub zalecenie leczenia pacjenta w trybie ambulatoryjnym………………….

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

data, podpis i pieczęć oferenta