Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Udzielanie kompleksowych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej oraz w Poradni Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej SP ZOZ w Lubaczowie w okresie od 01.01.2026r. do 31.12.2028r.**

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 wynagrodzenia za udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych, określona procentowo od wartość świadczeń zdrowotnych zrealizowanych w:

- Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej: …………….%

- Oddziale Chirurgii Urazowo–Ortopedycznejz zakresu hospitalizacja: ……..%

- Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznejz zakresu hospitalizacja **-** świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego: ………%

- Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznejz zakresu hospitalizacja- świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia: ……………%

- Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznejz zakresu hospitalizacja **-** świadczenia endoprotezoplastyki poza stawem biodrowym i kolanowym- świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia: ……………%

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

data, podpis i pieczęć oferenta