Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Gotowość lekarzy anestezjologów do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnionych dyżurów lekarskich „pod telefonem”, a także udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w razie wezwania na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Bloku Operacyjnym Szpitala SP ZOZ w Lubaczowie w okresie od 01.01.2025r. do 31.12.2026r.**

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 brutto za 1 godzinę pozostawania w gotowości do udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych, a także udzielania w/w świadczeń zdrowotnych w przypadku wezwania: ……………………….

................................ data, podpis i pieczęć oferenta