Samodzielny Publiczny

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie**

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

**OFERTA KONKURSOWA**

Przedmiot konkursu: **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy neurochirurgów w rodzaju operacje kręgosłupa w ramach kontraktu na Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurochirurgicznej 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). Proponowane wynagrodzenie brutto:

……….. **procent (%) od wartości udzielonych przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurochirurgicznej (zgodnie z zakontraktowaną przez Udzielającego Zamówienia z NFZ stawką za 1 punkt rozliczeniowy).**

……….. **procent (%) od wartości zrealizowanych świadczeń zdrowotnych w ramach procedur medycznych w rodzaju operacje kręgosłupa, wymagających zakupu niezbędnych specjalistycznych materiałów medycznych do realizacji operacji kręgosłupa (zwanych dalej także „materiałami medycznymi”) oraz oprzyrządowania do w/w, wykonanych w ramach kontraktu na Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej, pomniejszonej o koszt zakupu materiałów medycznych oraz koszt oprzyrządowania,**

**………… procent (%) od wartości zrealizowanych świadczeń zdrowotnych w ramach procedur medycznych w rodzaju operacje kręgosłupa, niewymagających zakupu materiałów medycznych oraz oprzyrządowania do w/w, wykonanych w ramach kontraktu na Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej.**

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

data, podpis i pieczęć oferenta