

O F E R T A z dnia .....

do postępowania konkursowego nr KUM/14/2026

IMIĘ I NAZWISKO PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

.....  
.....

ADRES ZAMIESZKANIA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

.....

.....PESEL:.....

tel. ....

email .....

(DRUKOWANYMI LITERAMI).

ADRES DO DORECZENIA: .....

Składam ofertę cenową w następującym zakresie:

Nazwa zadania	Wynagrodzenie brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych lub wynagrodzenie brutto miesięczne *)	Deklarowana liczba dyżurów: - w sobotę, niedzielę i dzień wolny, gdzie min. wynosi <b>1</b> <b>dyżur miesięcznie</b> - w dzień roboczy - min. wynosi <b>3 dyżury miesięcznie</b>
Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez <u>diagnostę laboratoryjnego z uprawnieniami</u> <u>serologicznymi</u> w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie	..... zł brutto za 1 godzinę	..... dyżurów świątecznych  ..... dyżurów zwykłych

Kwalifikacje Przyjmującego zamówienie udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach składanej oferty do postępowania konkursowego nr KUM/14/2026:

Imię i nazwisko	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje
		Specjalizacja, stopień, dziedzina ..... w trakcie specjalizacji ..... ..... Kurs kwalifikacyjny .....

- Oświadczam, że zapoznałam/em\*) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- Oferuję wykonywanie objętych ogłoszeniem świadczeń zdrowotnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie, zgodnie z warunkami zawartymi w szczegółowych warunkach konkursu.
- Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

4. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanych świadczeń zdrowotnych i utrzymam je przez okres obowiązywania umowy.
5. Oświadczam, że dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonania zamówienia.
6. Oświadczam, że zapewniam jakość, kompleksowość, dostępność i ciągłość udzielanych świadczeń zdrowotnych.
7. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią Procedury zgłoszeń wewnętrznych dotyczących naruszeń prawa i podejmowania działań następczych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubartowie.

\*<sup>1</sup>) niepotrzebne skreślić

.....

**Miejscowość i data**

.....

**podpis Przyjmującego zamówienie**