

O F E R T A z dnia

do postępowania konkursowego nr KUM/14/2026

NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

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

SIEDZIBA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

.....

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

tel.

email

DRUKOWANYMI LITERAMI

ADRES DO DORĘCZENIA:

.....

REGON NIP

NR WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ

LECZNICZĄ

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 1 dyżur miesięcznie - w dzień roboczy - min. wynosi 3 dyżury miesięcznie
Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez <u>diagnostę laboratoryjnego z uprawnieniami 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

1. Oświadczam, że zapoznałam/em^{*)} się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oferuję wykonywanie objętych ogłoszeniem świadczeń zdrowotnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie, zgodnie z warunkami zawartymi w szczegółowych warunkach konkursu.
3. 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 zapoznałam/-am się z treścią Procedury zgłoszeń wewnętrznych dotyczących naruszeń prawa i podejmowania działań następczych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubartowie.

^{*)} niepotrzebne skreślić

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Przyjmującego zamówienie