

O F E R T A z dnia

do postępowania konkursowego nr KUM/15/2026

NAZWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie,
ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów

NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

.....
.....

SIEDZIBA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

.....

..... **PESEL:**

tel. email

Drukowanymi literami

ADRES DO DORĘCZEŃ:

.....

REGON **NIP**

**NR WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ
LECZNICZĄ**

Składam ofertę cenową w następującym zakresie:

Nr zadania	Nazwa zadania	Wynagrodzenie brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych*)	Proponowana ilość godzin w ramach dyspozycji miesięcznej – min. 72 godz. w tym min. 12 godz. dyżuru świątecznego i 24 godz. dyżuru nocnego*
Zadanie nr 1	Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez <u>pielęgniarkę</u> w ramach pełnienia dyżuru w godzinach 7:00 – 19:00 oraz w godzinach 19:00 – 7:00 rano dnia następnego w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie zł brutto godzin miesięcznie w tymgodzin dyżuru świątecznego w tymgodzin dyżuru nocnego
Zadanie nr 2	Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez <u>pielęgniarkę</u> w ramach pełnienia dyżuru w godzinach 7:00 – 19:00 oraz w godzinach 19:00 – 7:00 rano dnia następnego na Bloku Operacyjnym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie zł brutto godzin miesięcznie w tymgodzin dyżuru świątecznego w tymgodzin dyżuru nocnego

Zadanie nr 3	Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez <u>ratownika medycznego</u> w ramach pełnienia dyżuru w godzinach 7:00 – 19:00 oraz w godzinach 19:00 – 7:00 rano dnia następnego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie zł brutto godzin miesięcznie w tymgodzin dyżuru świątecznego w tymgodzin dyżuru nocnego
---------------------	--	-----------------	---

***Proponowana ilość godzin w ramach dyspozycji miesięcznej będzie brana pod uwagę przy wyborze najkorzystniejszej oferty według ustalonych kryteriów.**

Kwalifikacje Przyjmującego zamówienie udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach składanej oferty do postępowania konkursowego nr KUM/15/2026:

Nr zadania	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.
- Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanych świadczeń zdrowotnych i utrzymam je przez okres obowiązywania umowy* lub zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia z obowiązkiem przedłożenia jej w dniu ewentualnego podpisania umowy.*
- Oświadczam, że dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonania zamówienia.
- Oświadczam, że zapoznałam/-am się z treścią Procedury zgłoszeń wewnętrznych dotyczących naruszeń prawa i podejmowania działań następnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubartowie.

*) niepotrzebne skreślić

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Przyjmującego zamówienie