

**OFERTA KONKURSOWA
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów lekarskich w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Trzciance

I. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO) i nie wnoszę zastrzeżeń.

II. OFERENT:

Nazwa podmiotu:

Adres:

NIP:

REGON:

KRS:

III. Oświadczam, że będę udzielał/a świadczeń/nia zdrowotne w Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Trzciance dysponując jego wyposażeniem,

IV. Oferuję zrealizowanie przedmiotu zamówienia objętym SWKO w zakresie:

Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej od poniedziałku do piątku w godzinach od 18⁰⁰ do 8⁰⁰ dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8⁰⁰ dnia danego do godziny 8⁰⁰ dnia następnego.

Liczba godzin średnotygodniowo

Stawka godzinowa brutto

Stawka za dojazd w celu stwierdzenia zgonu i wypełnienie karty statystycznej do karty zgonu,

1) obszar działania karetki podstawowej Trzcianka:

..... brutto

2) obszar działania karetki podstawowej Krzyż Wlkp. i Wieleń:

..... brutto

V. Czas trwania umowy: od 12.03.2025 roku do 30.06.2027 roku

VI. Oferta obejmuje wykonywanie czynności zgodnie z projektem umowy stanowiącej załącznik nr 2 SWKO

VII. Oświadczam, że zawarty w załączniku nr 2 do SWKO projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuje się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach.

VIII. Załączniki do niniejszej oferty:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów lekarskich w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Oferenta)