# Załącznik nr 1 do SWKO

# **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**

1. **Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO) i nie wnoszę zastrzeżeń.**
2. **OFERENT:**

Nazwa podmiotu: ...........................................................................................................................

Adres: ............................................................................................................................................

NIP: ...............................................................................................................................................

REGON: ........................................................................................................................................

KRS: ……………………………………………………………………………………………..

1. **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**

1. **obszar działania karetki podstawowej Krzyż Wlkp. i Wieleń:**

**…………………… brutto**

**V. Czas trwania umowy:** **od ………..2025 roku do …………….. 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 nr 7/2025.**

…………………………………. ……………………………………..

(miejscowość, data) (podpis Oferenta)