# Załącznik nr 1 do SWKO

# **OFERTA KONKURSOWA**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**Świadczenie usług medycznych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Poradni Ortopedycznej 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: ……………………………………………………………………………………………..

**III. Oferuję zrealizowanie przedmiotu zamówienia objętym SWKO w zakresie: Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Poradni Ortopedycznej w Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Trzciance:**

**- wartość 1 punktu wynosi ………….. zł.**

**- proponuję godziny udzielania przez Oferenta świadczeń objętych przedmiotem konkursu:**

**1. poniedziałek: …………….**

**2. wtorek: ………………….**

**3. środa: …………………….**

**4 czwartek: …………………..**

**5. piątek: ………………………**

**V. Czas trwania umowy:** **od 01.10.2025 roku do 30.09.2027 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 nr 11/2025**

…………………………………. ……………………………………..

(miejscowość, data) (podpis Oferenta)