

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki  
Zdrowotnej w Leżajsku ul. Leśna 22  
37-300 Leżajsk**

**OFERTA**

**Dotyczy konkursu ofert na pełnienie dyżurów lekarskich w oddziałach Szpitalnych w  
Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Leżajsku**

W związku z konkursem ofert ogłoszonym w dniu 07.07.2016 r. przez Samodzielny Publiczny Zespół  
Opieki Zdrowotnej w Leżajsku składam ofertę na **pełnienie dyżurów lekarskich w oddziale**

.....

**1. Dane o oferencie**

Pełna nazwa oferenta: .....

Imię: .....

Nazwisko: .....

Posiadający prawo wykonywania zawodu nr .....

Wydane przez .....

Wpisany do rejestru .....

pod nr ..... prowadzonego przez

Adres oferenta:

tel. nr .....

Bank..... Nr konta

NIP..... REGON.....

**2. Przedmiot oferty**

**a. Dyżury lekarskie w Oddziale .....**

będą udzielane zgodnie z zasadami określonymi w Szczegółowych warunkach konkursu i  
projekcie umowy i będą udzielane wg harmonogramu ustalanego na każdy miesiąc przez strony.  
Zobowiązuję się do pełnienia następujących ilości dyżurów:

do ..... dyżurów

W imieniu Przyjmującego zamówienie świadczenia będą udzielane przez następujących lekarzy  
( należy podać imię i nazwisko oraz kwalifikacje):

.....  
.....

### 3. Cena oferty i warunki płatności

Za udzielone świadczenia będące przedmiotem niniejszego postępowania proponuję następujące ceny:

**Za godzinę pełnienia dyżuru w oddziale szpitalnym:**

- lekarz specjalista ..... PLN brutto
- lekarz z I stopniem specjalizacji ..... PLN brutto
- lekarz w trakcie specjalizacji ..... PLN brutto

4. W przypadku nie rozstrzygnięcia konkursu z powodu proponowanych wysokości stawek zgłaszam gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.

5. W przypadku wygrania konkursu przed podpisaniem umowy zobowiązuje się dostarczyć polisę ubezpieczenia OC zawartego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

6. Ceny określone w ofercie pozostaną bez zmian przez cały okres obowiązywania umowy.

**7. Oświadczenia**

- a. Oświadczam, że nie byłem karany i nie toczą się przeciwko mnie postępowania karne.
- b. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia i warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- c. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagania określone przez Udzielającego Zamówienia w szczegółowych warunkach konkursu oraz zawarte w materiałach informacyjnych i przyjmuje je bez zastrzeżeń.
- d. Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em

**Załączniki do oferty:** (wymienić niżej załączane do oferty zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu załączniki)

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

Data

Pieczętka i podpis oferenta