………………………………………….……….

***Imię i nazwisko***

………………………………………….……….

………………………………………….……….

***Adres***

………………………………………….……….

………………………………………….……….

***Prawo wykonywania zawodu i specjalizacja***

………………………………………….……….

………………………………………….……….

***Nr księgi rejestrowej***

………………………………………….……….

***Polisa OC***

Lubuski Szpital Specjalistyczny

Pulmonologiczno –Kardiologiczny

w Torzymiu Sp. z o.o.

ul. Wojska Polskiego 52

66-235 Torzym

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych – dyżury lekarskie**

Niniejszym składam ofertę na:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych – dyżury lekarskie na oddziałach Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno – Kardiologicznego w Torzymiu Spółka z o.o.

Kwota należności:

* 1. za 16-godz. i 25 minut dyżur w dni robocze ……..**……………. zł brutto**
  2. za 24-godzinny dyżur pełniony w niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy

**…………….. zł brutto**

Zobowiązuję się do wykonania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych zgodnie   
z harmonogramem uzgodnionym udzielającym zamówienie, nie mniej niż ……… dyżurów w miesiącu kalendarzowym. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności, a także leków i materiałów udzielającego zamówienia.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych w okresie:

od dnia ………………………………… do dnia ………………………......................

* Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.
* Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty.
* Oświadczam, że zobowiązuję się do poddania kontroli udzielanych świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
* Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej o wartości ……………………………

……………………………………

*miejscowość, data*

*podpis*