**OFERTA KONKURSOWA**

**NA ŚWIADCZENIE USŁUG W ZAKRESIE DYŻURÓW LEKARSKICH**

**Dyżur w Centralnej Izbie Przyjęć**

**W SZPITALU POWIATOWYM im. prof. Romana Drewsa w CHODZIEŻY**

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

2. OFERENT:

Imię i nazwisko : ....................................................................................................................................................

Nazwa firmy Oferenta, adres:...........................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Oświadczam, że będę udzielał(a) świadczenia zdrowotne w Szpitalu Powiatowym w Chodzieży dysponując jego wyposażeniem.

4. Kwalifikacje zawodowe – dokumenty w załączeniu do oferty.

Liczba osób biorących udział w zamówieniu: osobiście ( jedna)

5. Propozycje cenowe:

Centralna Izba Przyjęć (POZ)

Dyżur 15:00 -07:25 w dzień powszedni ………………………..…………. brutto

Dyżur 24 godz. (07:25-07:25) w dzień świąteczny ………………………….……… brutto

6. Czas trwania umowy: od 05.11.2025 do 30.11.2029

7. Załączniki:

1) Oferta Konkursowa

2) Ksero dyplomu

3) Ksero specjalizacji

4) Ksero prawa wykonywania zawodu

5) Ksero polisy ubezpieczeniowej

6) Ksero zaświadczenia o prowadzonej działalności gospodarczej wydruk CEIDG

7) Zezwolenie na wykonywanie praktyki lekarskiej z Izb Lekarskich/Księga Rejestrowa

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

Podpis oferenta