**OFERTA KONKURSOWA**

**NA ŚWIADCZENIE USŁUG W ZAKRESIE DYŻURÓW LEKARSKICH**

**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 01.12.2025 do 31.12.2029

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