# Załącznik Nr 1

# **OFERTA KONKURSOWA**

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEN ZDROWOTNYCH PEŁNIENIE DYŻURÓW ZABIEGOWYCH

#### 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: ......................................................................................................

Adres: .....................................................................................................................

Nazwa podmiotu gospodarczego: .............................................................................

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

Numer wpisu do Izb Lekarskich ...............................................................................

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)

Stawki za dyżury

Dyżur ( w dzień powszedni ) ……………………………………. brutto

Dyżur ( w dzień świąteczny ) ……………………………………. brutto

5. Czas trwania umowy: od 01.02.2026 do 31.01.2030

6 . 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 oferent

# 