Załącznik Nr 2 do Warunków konkursu ofert

Łuków, dnia ................................2024 r.

# O F E R T A

**NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁUKOWIE**

|  |
| --- |
| **I.**  DANE OFERENTA |
| 1. Nazwa podmiotu .......................................................................………...…….............……………….…………………………. |
| 2. Adres ……………………………………………..................................……………………..………........… |
| 3. Imię i nazwisko ........................................................................................................................................... |
| 4. NIP…………………..…………………… 5. REGON ............................................................................... |
| 6. Adres e –mail ………………………………………………………………………………………………  7. Numer telefonu ………………………………….………………………………………………………… |
| 8. posiadane kwalifikacje (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię)  ..........................................................................................................................................................................  ...........................................................................................................................................................................  kursy: ................................................................................................................................................................  ........................................................................................................................................................................... |
| II. OŚWIADCZENIE  Oświadczam, że:  1.  zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia, regulaminem komisji konkursowej, szczególnymi warunkami konkursu ofert, i przyjmuję je bez zastrzeżeń,  2. zapoznałam/em się z projektem Umowy – Kontraktu i zobowiązuję się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach w miejscu i czasie określonym przez SPZOZ,  3. zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i przedstawienia jej SPZOZ w Łukowie do dnia zawarcia umowy.  ..........................................................  (podpis oferenta) |

|  |
| --- |
| III. OFERTA SZCZEGÓŁOWA Oferuję wykonywanie – udzielanie świadczeń w SPZOZ w Łukowie, na warunkach:   1. zakres………………………………….……………………………………………………………………  -………………............ zł za …………………………………………………………………………………...  (słownie………………………………………………………………..............................................………......)  proponowana liczba godzin miesięcznie (dyspozycyjność): ……………………………………………………   2. zakres………………………………….……………………………………………………………………  -………………............ zł za …………………………………………………………………………………...  (słownie………………………………………………………………..............................................………......)  proponowana liczba godzin miesięcznie (dyspozycyjność): ……………………………………………………   3. zakres………………………………….……………………………………………………………………  -………………............ zł za …………………………………………………………………………………...  (słownie………………………………………………………………..............................................………......)  proponowana liczba godzin miesięcznie (dyspozycyjność): ……………………………………………………  4. zakres………………………………….……………………………………………………………………  -………………............ zł za …………………………………………………………………………………...  (słownie………………………………………………………………..............................................………......)  proponowana liczba godzin miesięcznie (dyspozycyjność): ……………………………………………………  .....................................................................  (podpis oferenta) |
| **ZAŁĄCZNIKI:**   1. aktualny wpis do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, 2. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe/ dokumenty potwierdzających staż pracy/ CV z wyszczególnieniem przebiegu pracy zawodowej, 3. potwierdzenie posiadania dodatkowych uprawnień, 4. aktualna umowa ubezpieczenia OC lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy, 5. aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy/zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwskazań do wykonywania pracy i zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych w SPZOZ w lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy, 6. aktualne zaświadczenie ukończenia szkolenia w dziedzinie BHP lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia w chwili podpisania umowy.   ..........................................................  (podpis oferenta) |
| Oświadczam, że dane i dokumenty z poprzednio zawartego kontraktu nie uległy zmianie  i są aktualne w stosunku do przedstawionej oferty w niniejszym konkursie. Wnoszę o uwzględnienie moich dokumentów z poprzedniego kontraktu do złożonej przeze mnie oferty.\*      .............................................................  (podpis oferenta)  \* wypełnić jeśli Oferent posiadał poprzednio kontrakt z SPZOZ. |