



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

Załącznik Nr 2 Warunków konkursu ofert

Łuków, 2025 r.

OFERTA KONKURSOWA

I DANE OFERENTA	
1. Nazwa podmiotu	
2. Adres	
3. Imię i nazwisko ratownika	
4. NIP	5. REGON
6. Numer telefonu 7. Adres e- mail	
8. posiadane kwalifikacje (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię)	
.....	
.....	
kursy:	
.....	
II. OŚWIADCZENIE	
Oświadczam, że:	
1. zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń przez ratowników medycznych i materiałami konkursowymi i przyjmuję je bez zastrzeżeń,	
2. zapoznałam/em się z projektem Umowy – Kontraktu i zobowiązuje się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach w miejscu i czasie określonym przez SPZOZ,	
3. zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i przedstawienia jej SPZOZ w Łukowie najpóźniej do dnia podpisania umowy.	
4. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na użytek postępowania konkursowego.	
.....	
(podpis oferenta)	



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

III. OFERTA SZCZEGÓŁOWA

Oferuję wykonywanie – udzielanie świadczeń zdrowotnych w SPZOZ w Łukowie,
na warunkach:

1. zakres

- zł za

(słownie)

proponowana liczba dyżurów miesięcznie:

.....

.....

.....

2. zakres

- zł za

(słownie)

proponowana liczba dyżurów miesięcznie:

.....

.....

.....

3. zakres

- zł za

(słownie)

proponowana liczba dyżurów miesięcznie:

.....

.....

.....

.....
(podpis oferenta)



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

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.

