



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

Załącznik Nr 2 do Warunków konkursu ofert
Łuków, dnia2026 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, Umowy-Zlecenia 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)	



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

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):

.....
(podpis oferenta)



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

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

.....
(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

