



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

Załącznik Nr 2 do Warunków konkursu ofert

Łuków, 2026 r.

O F E R T A NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁUKOWIE

I DANE OFERENTA	
1. Nazwa praktyki	
2. Adres	
3. Imię i nazwisko	
4. Nr prawa wykonywania zawodu (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię)	
5. NIP.....	6. PESEL
7. Numer telefonu 8. Adres e- mail	
9. posiadane kwalifikacje (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię) kursy:	
10. siedziba Izby i nr wpisu praktyki (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię) Izba w Nr	
II. OŚWIADCZENIE Oświadczam, że: 1. zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń przez pielęgniarki, położne i ratowników medycznych i materiałami konkursowymi 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 najpóźniej do dnia podpisania umowy. (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 godzin miesięcznie:

preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń (dotyczy dyżurów dziennych i nocnych):

.....

2. zakres

- zł za

(słownie)

proponowana liczba godzin miesięcznie:

preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń (dotyczy dyżurów dziennych i nocnych):

.....

3. zakres

- zł za

(słownie)

proponowana liczba godzin miesięcznie:

preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń (dotyczy dyżurów dziennych i nocnych):

.....

4. zakres

- zł za

(słownie)

proponowana liczba godzin miesięcznie:

preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń (dotyczy dyżurów dziennych i nocnych):

.....

.....
(podpis oferenta)



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

ZAŁĄCZNIKI:

1. Kserokopia dokumentu potwierdzającego wpis do rejestrów: praktyk pielęgniarskich/położniczych, wpisu do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej,
2. Kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje: dyplomu, prawa wykonywania zawodu, dyplomu specjalizacji, potwierdzenia ukończenia kursów,
3. Kserokopia polisy OC lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy,
4. Kserokopia orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy,
5. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o ukończeniu 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/ zlecenia 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.