



# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

Załącznik Nr 2 do Warunków konkursu ofert  
Łuków, dnia .....2025 r.

## OFERTA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁUKOWIE

<b>I. DANE OFERENTA</b>	
1. Nazwa praktyki .....	
2. Adres .....	
3. Imię i nazwisko .....	
4. Nr prawa wykonywania zawodu..... (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię)	
5. NIP.....	6. REGON .....
7. Adres e-mail .....	
8. Numer telefonu .....	
9. posiadana specjalizacja z określeniem stopnia (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię) ..... .....	
kursy: .....	
10. siedziba Izby i nr wpisu praktyki (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię)  Izba w ..... nr .....	
<b>II. OŚWIADCZENIE</b> Oświadczam, że:  1. zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia, regulaminem komisji konkursowej, szczególnymi warunkami konkursu ofert, i przyjmuję je bez zastrzeżeń,  2. zapoznałam/em 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 do dnia zawarcia umowy.  ..... (podpis oferenta)	

Adres: ul. Doktora Andrzeja Rogalińskiego 3, 21-400 Łuków  
Centrala: (25) 798 20 00-9  
Sekretariat: tel. (025) 798 29 80, tel/fax (025) 798 26 03  
e-mail: [spzoz@spzoz.lukow.pl](mailto:spzoz@spzoz.lukow.pl), www: [www.spzoz.lukow.pl](http://www.spzoz.lukow.pl)

NIP: 825-17-11-719 Łukowie  
REGON: 00030647200016  
Księga rejestrowa: 00000002926

**DYREKTOR**  
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO  
ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ

*lepa*





# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

## III. OFERTA SZCZEGÓŁOWA

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

1. zakres .....

- ..... zł za .....

proponowana liczba godzin tygodniowo .....

proponowana liczba dyżurów miesięcznie: .....

preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń: .....

.....

2. zakres .....

- ..... zł za .....

proponowana liczba godzin tygodniowo .....

proponowana liczba dyżurów miesięcznie: .....

preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń: .....

.....

3. zakres .....

- ..... zł za .....

proponowana liczba godzin tygodniowo .....

proponowana liczba dyżurów miesięcznie: .....

preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń: .....

.....

4. zakres .....

- ..... zł za .....

proponowana liczba godzin tygodniowo .....

proponowana liczba dyżurów miesięcznie: .....

preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń: .....

.....

(podpis oferenta)





# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

## ZAŁĄCZNIKI:

1. zaświadczenie o wpisie indywidualnej/ indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej do rejestru podmiotów wykonującej działalność leczniczą,
2. zaświadczenie o wpisie indywidualnej/ indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk z systemu CEIDG),
3. dokumenty potwierdzające kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza tj.:
  - a) prawo wykonywania zawodu lekarza,
  - b) dyplom lekarza,
  - c) dyplom uzyskania specjalizacji,
  - d) potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji, 1 i 2 strona Karty specjalizacji
  - e) dyplom uzyskania stopnia/tytułu naukowego, inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności – w przypadku ich posiadania.

.....  
(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.