



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

Załącznik Nr 2 do Warunków konkursu ofert
Łuków, dnia2025 r.

OFERTA 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

