Oferentowi nie wolno dokonywać żadnych zmian we wzorze druku „OFERTA”.

Nazwisko..... Lublin, dn..... r.

Imię.....

Imiona rodziców .....

Pesel.....

Adres.....

.....

Telefon kom. .....

Adres e-mail: .....

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym SP ZOZ w Lublinie w zakresie świadczeń lekarzy w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego (ZRM).

Sposób zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych:

Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych według potrzeb WPR SP ZOZ w Lublinie:

a) deklarowana liczba godzin w ciągu miesiąca kalendarzowego .....:

b) **w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30 – 15.30**
średnio ..... razy w tygodniu;

c) **w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach popołudniowych oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta**.
średnio ..... razy w tygodniu;

d) inne propozycje: .....

Zgłaszam gotowość do:

a) zabezpieczania transportu sanitarnego poza harmonogramem tak nie

b) zabezpieczenia medycznego imprezy poza harmonogramem tak nie

Proponowana stawka godzinowe za wykonywanie świadczeń zdrowotnych:

..... - za 1 godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od poniedziałku do piątku oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta;

Uwagi i propozycje, które Oferent proponuje wprowadzić do zapisu w projekcie umowy, nie kolidujące z zapisami zawartymi w „Szczegółowych Warunkach Konkursu”.

.....

.....

.....
czytelny podpis

Uwaga:

Przy wypełnianiu formularza oferty należy **podkreślić właściwą** tylko jedną odpowiedź (tak **lub** nie)
np. tak nie.
Miejsca wykropkowane (.....) należy wypełnić.

*- niepotrzebne skreślić

ZATWIERDZIŁ
DYREKTOR
WOJEWÓDZKIEGO POGOTOWIA RATUNKOWEGO
SP ZOZ W LUBLINIE
ARTUR NICZYPORUK