

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/16/2018** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku :

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych niezabiegowych przez dwóch lekarzy w zakresie kontraktowych dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izbą Przyjęć Szpitala Specjalistycznego SP ZOZ w Sanoku.

DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

Nazwa Oferenta	
REGON	
NIP	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica, nr lokalu	
Telefon kontaktowy	
Wpis do właściwego rejestru (nazwa i numer)	
Nr konta bankowego	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Specjalizacja	
Informacje dodatkowe	

.....
data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:

Stawkę za 1 godzinę udzielanego świadczenia przez lekarza w **Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izba Przyjęć - świadczenia niezabiegowe:**

- w dni powszednie, robocze (pn.-pt.)zł. brutto

(słownie:.....)

w godz. **od 15.05 do 7.30** dnia następnego

- w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracyzł. brutto

(słownie:.....) w godz. **od 07.30 do 7.30** dnia następnego

W załączeniu przedkładam (zaznaczyć właściwe dla podmiotu składającego ofertę):

1. **Załącznik nr 1** - Lista personelu, który będzie udzielał przedmiotowych świadczeń zdrowotnych w ramach złożonej oferty.
 2. **Załącznik nr 2** – Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS , US.
 3. **Załącznik nr 3** – Oświadczenie nr 2 – dotyczy oferenta korzystającego z zasobów innych podmiotów w celu realizacji zamówienia.
 4. **Załącznik nr 4** - Oświadczenie nr 3 – dotyczy oferenta korzystającego z własnych pracowników w celu realizacji zamówienia
 5. **Załącznik nr 5** - Oświadczenie nr 4 – w zakresie BHP,PPOŻ, medycyna pracy
 6. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
 7. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
 8. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń : prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie dodatkowych kwalifikacji, uprawnień. *
- * w przypadku, gdy Udzielający Zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wyżej wymienionych dokumentów(aktualny), Przyjmujący Zamówienie w przypadku jego niezłączenia do oferty zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia o tym, że dokumenty nie uległy zmianie, są aktualne i znajdują się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.
9. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

.....
data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej do
reprezentowania Oferenta

Niniejszym, oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, postanowieniami zawartymi w SWKO oraz Regulaminem konkursu. Oświadczam, że akceptuję i zobowiązuję się do przestrzegania i wykonywania zapisów zawartych w SWKO, załącznikach i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.
3. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. W momencie podpisania umowy dostarczę dokument potwierdzający, że podmiot jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
5. Akceptuję okres obowiązywania umowy. tj. 24 m-ce od daty zawarcia umowy.
6. Termin płatności wynosi 21 dni od daty wystawienia prawidłowej faktury VAT.
7. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
9. Respektuję prawo NFZ do przeprowadzenia kontroli w zakresie realizacji przedmiotu konkursu.
10. Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. administratorem danych osobowych Oferenta jest Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku, adres: ul. 800-lecia 26, 38-500 Sanok
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: spanek@zozsanok.pl
3. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
4. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
5. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przedawnienia wynikającego z ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny;
2. przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
3. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy.

Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy; administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....
data	podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta