

.....  
(nazwa i pieczęć oferenta)

## OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/19/2019** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **wykonywanie świadczeń zdrowotnych** polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie opisu badań radiologicznych w oparciu o teleradiologię polegającą na opisywaniu badań obrazowych (RTG, TK)

### DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

|                                                      |  |
|------------------------------------------------------|--|
| Nazwa Oferenta                                       |  |
| REGON                                                |  |
| NIP                                                  |  |
| Miejscowość                                          |  |
| Kod pocztowy                                         |  |
| Ulica, nr lokalu                                     |  |
| Telefon kontaktowy                                   |  |
| adres e-mail                                         |  |
| Wpis do właściwego rejestru (nazwa i numer) wojewody |  |
| Nr konta bankowego                                   |  |
| Informacje dodatkowe                                 |  |

.....  
data

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

**Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:**

| I.p. | Nazwa świadczenia                      | Przewidywana liczba opisów w okresie obowiązywania umowy tj. 24 miesięcy | <u>Proponowana cena za jedno badanie / opis</u> | Proponowana wartość wynagrodzenia za okres obowiązywania umowy |
|------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| A.   | Opis badań TK cito (opis do 120 minut) | 7600                                                                     |                                                 |                                                                |
| B.   | Opis badań RTG planowe (do 48 godzin)  | 4800                                                                     |                                                 |                                                                |
| C.   | Opis badań RTG cito (do 120 minut)     | 2400                                                                     |                                                 |                                                                |

Uwaga : podane ilości badań są szacunkowe i mogą ulec zmianie w zależności od potrzeb zdrowotnych pacjentów.

**W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:**  
**(wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):**

- a) **Jakość** doświadczenie Przyjmującego zamówienie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania, w następującej wysokości:

1. poniżej 3 lat doświadczenia – ..... tj. ....lat
2. 3 – 5 lat doświadczenia – .....tj. ....lat
3. Powyżej 5 lat doświadczenia – ..... tj. ....lat

- b) **Kompleksowość** zaoferowane przez Przyjmującego zamówienie w zakresie usług stanowiących przedmiot niniejszego postępowania, dodatkowego ułatwienia – istotnego dla Udzielającego zamówienia - możliwość potwierdzenia telefonicznego o fakcie dokonania badania oraz codziennych konsultacji telefonicznych personelu Udzielającego zamówienie ze specjalistami wykonującymi ze strony Przyjmującego zamówienie badania stanowiące przedmiot niniejszego postępowania, w następującej wysokości:

1. Spełnianie i akceptowanie wymogów stawianych wszystkim oferentom w niniejszym SWKO w zakresie warunków i terminów świadczenia usług – .....

2. Spełnianie i akceptowanie wymogów stawianych wszystkim oferentom w niniejszym SWKO w zakresie warunków i terminów świadczenia usług oraz dodatkowo zaoferowanie ułatwienia w postaci zagwarantowania Udzielającemu zamówienie każdorazowej możliwości telefonicznego potwierdzenia o fakcie dokonania opisu danego badania przez personel Przyjmującego zamówienie, przeprowadzający badania stanowiące przedmiot niniejszego postępowania – .....

3. Spełnianie i akceptowanie wymogów stawianych wszystkim oferentom w niniejszym SWKO w zakresie warunków i terminów świadczenia usług oraz dodatkowo zaoferowanie ułatwienia w postaci zagwarantowania Udzielającemu zamówienie każdorazowej możliwości telefonicznego potwierdzenia o fakcie dokonania opisu danego badania oraz kolejno możliwość codziennych, całodobowych konsultacji telefonicznych ze specjalistycznym personelem lekarskim Przyjmującego zamówienie, przeprowadzającym opisy / badania stanowiące przedmiot niniejszego postępowania – .....

- c) **Dostępność** zaoferowana gotowość Przyjmującego zamówienie do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym zakresie:

1. Spełnianie i akceptowanie wymogów stawianych wszystkim oferentom w niniejszym SWKO, mianowicie zapewnienie odpowiedniej min. 1 osobowej obsady lekarskiej do wykonywania badań - .....

2. Zapewnienie odpowiedniej min. 2 osobowej obsady lekarskiej do wykonywania badań - .....

3. Zapewnienie odpowiedniej min. 3 osobowej obsady lekarskiej do wykonywania badań - .....

d) **Ciągłość zaoferowana** dostępność systemu informatycznego służącego do realizacji przedmiotu umowy (do czasu niedostępności nie są wliczane przerwy spowodowane czynnikami niezależnymi od Przyjmującego zamówienie).

1. Sumaryczny czas niedostępności systemu informatycznego służącego do realizacji przedmiotu umowy dłuższy niż 24 godziny w skali roku, jednak nie więcej niż 96 godzin w roku – .....

2. Sumaryczny czas niedostępności systemu informatycznego służącego do realizacji przedmiotu umowy krótszy niż 24 godziny w skali roku – .....

Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkował automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres 24 miesięcy od daty zawarcia umowy .

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

1. **Załącznik nr 1** - Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS , US.
2. **Załącznik nr 2** - Oświadczenie nr 2 – w zakresie BHP, PPOŻ, medycyna pracy
3. **Załącznik nr 3** - Oświadczenie nr 3 – w zakresie działalności gospodarczej
4. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
5. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
6. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń : prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień
7. 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: [rodo@zozsanok.pl](mailto:rodo@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, zleceńbiorcą 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