

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/51/2019** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Bloku Operacyjnym w zakresie normalnej ordynacji, kontraktowych dyżurów medycznych i pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych tzw. „dyżur pod telefonem”**

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)	
Numer prawa wykonywania zawodu Nr konta bankowego	
Specjalizacja	
Informacje dodatkowe	

.....
data

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

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:

1. Stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni powszednie robocze od poniedziałku do piątku w godzinach normalnej ordynacji od 7.30 do 15.05 w zł / h:

- zł brutto

(słownie: złotych brutto)

2. Stawka za dyżur medyczny w dni powszednie robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 15.05 do 7.30 dnia następnego w zł / h:

- zł brutto

(słownie: złotych brutto)

3. Stawka za dyżur medyczny w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 do 7.30 dnia następnego w zł / h:

- zł brutto

(słownie: złotych brutto)

4. Stawka za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych tzw. „dyżur pod telefonem” w dni powszednie robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 15.05 do 7.30 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 do 7.30 dnia następnego w zł / h:

- zł brutto

(słownie: złotych brutto)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

a. w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam

..... letnie doświadczenie zawodowe.*

* W przypadku podmiotu leczniczego, w imieniu którego świadczeń udzielać będą lekarze – pracownicy / podwykonawcy wskazać dane pracownika / podwykonawcy o najwyższym doświadczeniu.

b. posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe):**

.....
.....
.....
.....

** W przypadku podmiotu leczniczego, w imieniu którego świadczeń udzielać będą lekarze – pracownicy / podwykonawcy wskazać dane pracownika / podwykonawcy o najwyższych kwalifikacjach.

c. w zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w następującym minimalnym zakresie (proszę wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. w dni powszednie robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.30 do 15.05 **co najmniej trzykrotnie** w każdym tygodniu; w dni powszednie robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 15.05 do 7.30 dnia następnego **co najmniej jeden raz** w każdym tygodniu; w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 do 7.30 dnia następnego **co najmniej jeden raz** w każdym miesiącu –

ilość dyżurów zwykłych (podać ilość)		ilość dyżurów weekendowych (podać ilość)	
--------------------------------------	--	--	--

2. w dni powszednie robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.30 do 15.05 **co najmniej czterokrotnie** w każdym tygodniu; w dni powszednie robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 15.05 do 7.30 dnia następnego **co najmniej dwa razy** w każdym tygodniu; w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 do 7.30 dnia następnego **co najmniej jeden raz** w każdym miesiącu –

ilość dyżurów zwykłych (podać ilość)		ilość dyżurów weekendowych (podać ilość)	
--------------------------------------	--	--	--

3. w dni powszednie robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.30 do 15.05 **w każdy dzień roboczy** w każdym tygodniu; w dni powszednie robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 15.05 do 7.30 dnia następnego **co najmniej trzy razy** w każdym tygodniu; w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 do 7.30 dnia następnego **co najmniej dwa razy** w każdym miesiącu –

ilość dyżurów zwykłych (podać ilość)		ilość dyżurów weekendowych (podać ilość)	
--------------------------------------	--	--	--

d. w zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”:

1. do pięciu dni w każdym tygodniu –
2. pięć dni w każdym tygodniu –
3. sześć dni w każdym tygodniu –
4. siedem dni w każdym tygodniu –

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

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na okres minimum 12 miesięcy od daty zawarcia umowy lub dłuższy(podać ilość miesięcy).

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

8. 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

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 jestem ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
5. Akceptuję okres obowiązywania umowy, tj. min. 12 m-cy od daty zawarcia umowy.
6. Termin płatności wynosi 21 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury lub rachunku.
7. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
9. Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.

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
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, zleceńbiornicą 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

