

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA (Zadanie 3)

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/55/2019** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:
wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i na Bloku Operacyjnym SPZOZ w Sanoku z podziałem na zadania:

Zadanie 3. Lekarz kierujący Oddziałem w ramach normalnej ordynacji i dyżurów medycznych.

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)	
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:

Wynagrodzenie (Cena):

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz kierowanie Oddziałem w godzinach normalnej ordynacji szpitala w zł / h :

Stawka: zł

(słownie zł)

2. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego w zł / h:

Stawka: zł

(słownie zł)

W przypadku wystąpienia okoliczności nadzwyczajnych czy też okoliczności, których nie można było wcześniej przewidzieć, powodujących konieczność:

- pełnienia dyżuru medycznego przez jednego lekarza - Udzielający Zamówienia zwiększy dyżurową stawkę godzinową o 18,00 zł (lekarz posiadający specjalizację I stopnia) lub o 19,00 zł (lekarz specjalista lub specjalista II stopnia) lub o 20,00 zł (lekarz kierujący Oddziałem);
- pełnienia dyżuru medycznego przez jednego lekarza, który to dyżur przypada w sobotę, niedzielę lub inne dni wolne od pracy, będącego trzecim lub kolejnym takim dyżurem w danym miesiącu kalendarzowym - Udzielający Zamówienia zwiększy dyżurową stawkę godzinową o 28,00 zł (lekarz posiadający specjalizację I stopnia) lub o 30,00 zł (lekarz specjalista lub specjalista II stopnia) lub o 32,00 zł (lekarz kierujący Oddziałem);

Powiększenie godzinowej stawki dyżurowej, o którym mowa pod lit. a powyżej, ma zastosowanie także w przypadku udzielania przez tego samego lekarza trzeciego i kolejnych dyżurów przypadających w sobotę, niedzielę lub inne dni wolne od pracy w danym miesiącu kalendarzowym.

Zadeklarowane stawki odpowiadają **pełnym kosztom** udzielania przez Przyjmującego Zamówienia świadczeń stanowiących przedmiot konkursu.

UWAGA – należy wypełnić wszystkie opcje dla stawki godzinowej.

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.

b. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły, stopnie naukowe, certyfikaty, kursy specjalistyczne - udokumentowane)

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

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń - w godzinach normalnej ordynacji, a dyżury medyczne we wskazanym poniżej **minimalnym zakresie** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. co najmniej jeden raz w tygodniu –

doręczenia SPZOZ w Sanoku prawidłowo wystawionej faktury lub rachunku wraz z wymaganymi załącznikami do 5 dnia tego miesiąca.

7. W przypadku niezachowania terminu doręczenia prawidłowo wystawionej faktury lub rachunku wraz z wymaganymi załącznikami, termin zapłaty ulega wydłużeniu o liczbę dni opóźnienia w ich złożeniu. Dniem zapłaty jest dzień obciążenia rachunku bankowego SPZOZ w Sanoku.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej, przy poszanowaniu praw pacjenta.
9. Zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
10. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania działalności leczniczej w zakresie będącym przedmiotem konkursu.
11. Respektuję prawo NFZ do przeprowadzenia kontroli w zakresie realizacji przedmiotu konkursu.
12. 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
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