

.....  
nazwa i pieczęć oferenta

## OFERTA

W związku z konkursem ofert nr SPZOZ/ŚZ/58/2019 ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu zabiegów zwalczających ból i na układzie współczulnym (Grupa JGP A26) w obrębie kręgosłupa przez lekarza specjalistę.**

### 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:**

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych Przyjmującemu Zamówienie będzie przysługiwać odpowiednio stawka w wysokości:

- .....% (nie więcej niż 35%) kwoty należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia dla procedur A26.

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

**UWAGA – należy wypełnić wszystkie opcje dla stawki zabiegowej**

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

a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania (wykonywanie zabiegów operacyjnych w zakresie chirurgii kręgosłupa) posiadam ..... letnie doświadczenie zawodowe.

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

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

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

1. co najmniej jeden raz w miesiącu – .....
2. co najmniej dwa razy w miesiącu – .....
3. co najmniej trzy razy w miesiącu – .....

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

1. jeden dzień w tygodniu – .....
2. co najmniej dwa lub więcej dni w tygodniu – .....

**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 skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.**

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres **12 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 poświadczające posiadanie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji,





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*