

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA (ZADANIE NR 1)

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/10/2020** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez co najmniej jednego lekarza w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.**

Zadanie 1 – Świadczenia zdrowotne udzielane w miejscu Udzielającego Zamówienia.

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:

Dyżur medyczny lekarza w siedzibie Udzielającego Zamówienia.

A. za dyżur medyczny w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00. do 8.00 dnia następnego w zł / h.

stawka, zł

(słownie zł)

B. za dyżur medyczny w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego w zł / h. :

stawka, zł

(słownie zł)

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

a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania lekarz posiadający najwyższe doświadczenie wśród zgłoszonych lekarzy posiada letnie doświadczenie zawodowe.

b. Lekarz o najwyższych kwalifikacjach wśród zgłoszonych lekarzy posiada następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe):

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

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w następującym **minimalnym zakresie** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” lub opisanie w punkcie 4):

1. w dni powszednie: w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego **co najmniej jeden raz** w każdym tygodniu, dyżur medyczny w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 następnego dnia **co najmniej jeden raz** w każdym miesiącu –

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

2. w dni powszednie: w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego **co najmniej dwa razy** w każdym tygodniu, dyżur medyczny w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego **co najmniej dwa razy** w każdym miesiącu –

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

3. w dni powszednie: w godzinach od 18:00 do 8:00 **co najmniej trzy razy** w każdym tygodniu, dyżur medyczny w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 – 8.00 następnego dnia **co najmniej trzy razy** w każdym miesiącu –

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

4. inne (określić)
.....
.....

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

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. min. 24 m-ce od daty zawarcia umowy.
6. Termin płatności wynosi 21 dni od daty wystawienia prawidłowej faktury VAT.
9. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności.
10. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
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