

.....  
(nazwa i pieczęć oferenta)

## OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/3/2023** ogłoszonym przez Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SPZOZ w Sanoku.**

### 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	
Informacje dodatkowe	

.....  
data

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

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

Wynagrodzenie (Cena):

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SPZOZ w Sanoku, oferuję **stawkę godzinową w wysokości: .....** zł brutto  
(słownie: .....) )

**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 i stopnie naukowe itp.)  
.....  
.....

Uprawnienia do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi (karetkami):

TAK  NIE

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

1. **co najmniej jeden dyżur** w każdym tygodniu – .....
2. **co najmniej dwa dyżury** w każdym tygodniu – .....
3. **co najmniej trzy dyżury** w każdym tygodniu – .....
4. **co najmniej pięć dyżury** w każdym tygodniu – .....

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

1. dyżury wyłącznie w dni powszednie – .....
2. dyżury wyłącznie w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy – .....
3. dyżury w dni powszednie oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy – .....

**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 **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



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*