

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/ 14 /2023** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Poradni Alergologicznej i Poradni Otolaryngologicznej SPZOZ w Sanoku oraz wykonywanie zabiegów na Bloku Operacyjnym.**

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. udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Alergologicznej i w Poradni Otolaryngologicznej SPZOZ w % wartości należnej za punkt rozliczeniowy stosowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia (z zastrzeżeniem ustalonego limitu punktowego i maksymalnej wartości pkt rozliczeniowego), **oferuję** %
(słownie:)

2. Za wykonywanie zabiegów w godzinach normalnej ordynacji – w przypadku pełnienia roli **operatora**, oferuję **stawkę zabiegową w wysokości:** % od kwoty należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia dla danej procedury (z zastrzeżeniem ustalonego limitu punktowego i maksymalnej wartości pkt rozliczeniowego)
(słownie:)

3. Za wykonywanie zabiegów w godzinach normalnej ordynacji – w przypadku pełnienia roli **asystenta**, oferuję **stawkę zabiegową w wysokości:** % od kwoty należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia dla danej procedury (z zastrzeżeniem ustalonego limitu punktowego i maksymalnej wartości pkt rozliczeniowego)
(słownie:)

Zadeklarowana stawka odpowiada pełnym kosztom udzielania przez Przyjmującego Zamówienia świadczeń stanowiących przedmiot konkursu.

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 udzielania świadczeń medycznych w Poradni Alergologicznej i Poradni Otolaryngologicznej we wskazanym poniżej minimalnym zakresie - łącznie *(wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”)*:

- 1. **co najmniej dwa dni** w tygodniu –
- 2. **co najmniej trzy dni** w tygodniu –
- 3. **co najmniej cztery dni** w tygodniu –

d. W związku z realizacją przedmiotu zamówienia zobowiązuję się do wykonywania zabiegów na Bloku Operacyjnym we wskazanym poniżej minimalnym zakresie *(wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”, a w przypadku odpowiedzi nr 3 dodatkowo dopisanie liczby dni)*:

- 1. **co najmniej trzy razy w miesiącu** –
- 2. **co najmniej cztery razy w miesiącu** –
- 3. **więcej niż cztery razy w miesiącu, tj.**

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*