

.....  
(nazwa i pieczęć oferenta)

**OFERTA (Zadanie .....)**  
*- proszę wpisać nr zadania -*

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/ 1/2024** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:  
**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w oddziałach szpitalnych SP ZOZ z podziałem na zadania:**

**Zadanie 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym SP ZOZ w Sanoku w zakresie kontraktowych dyżurów medycznych.**

**Zadanie 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym SP ZOZ w Sanoku w zakresie kontraktowych dyżurów medycznych.**

**Zadanie 3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym SP ZOZ w Sanoku w zakresie kontraktowych 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)	
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:**

- A) Dyżur medyczny** w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 15.05. do 7.30 następnego dnia i/lub w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 do 7.30 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 posiadam ..... letnie doświadczenie zawodowe.

\* W przypadku podmiotu leczniczego, w imieniu którego świadczeń udzielać będą lekarze – pracownicy / podwykonawcy wskazać dane pracownika / podwykonawcy o najwyższym doświadczeniu.

- b.** Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe):

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

\*\* W przypadku podmiotu leczniczego, w imieniu którego świadczeń udzielać będą lekarze – pracownicy / podwykonawcy wskazać dane pracownika / podwykonawcy o najwyższych kwalifikacjach.

- 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 ):**

- co najmniej trzy dyżury medyczne w każdym miesiącu – .....
- co najmniej pięć dyżurów medycznych w każdym miesiącu – .....
- co najmniej siedem dyżurów medycznych w każdym miesiącu – .....
- w ilości większej niż 8 dyżurów medycznych w każdym miesiącu – .....

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

- tylko w dni powszednie – .....
- tylko w weekendy i dni świąteczne – .....
- w dni powszednie, weekendy i dni świąteczne – .....

**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 minimum **24** miesięcy lub dłuższy .  
.....(podać ilość miesięcy)

Akceptuje termin zapłaty wynagrodzenia :

- 21 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury (*dot. lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki*),
- Dnia\* ..... - ..... (*dot. podmiotów leczniczych zapewniających udzielanie świadczeń przez podwykonawców*)

\* - przypadający po 21 dniu miesiąca z zachowaniem terminu dostarczenia faktury co najmniej do 8 dnia miesiąca. W przypadku niezachowania terminu dostarczenia faktury termin zapłaty ulega wydłużeniu o liczbę dni opóźnienia w doręczeniu prawidłowo wystawionej faktury



- 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 określonego w przepisach odrębnych a w przypadku podpisania umowy – do 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;
4. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....  
data

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