

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/4/2024** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na **udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opisów badań TK drogą teleradiologii.**

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 objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert za wynagrodzenie:

WYNAGRODZENIE*:

NETTO - zł,

Słownie:

BRUTTO - zł,

Słownie:

STAWKA VAT.....%

Wynagrodzenie* (całościowe) stanowi iloczyn ceny jednostkowej brutto opisów badań i szacunkowej ilości badań, zgodnie z Formularzem cenowym - Załącznikiem Nr 2 do SWKO.

Oświadczam, iż ww. wartości są zgodne z wypełnionym Załącznikiem Nr 2 do SWKO - Formularz cenowy.

Wynagrodzenie, w tym ceny jednostkowe za opisy badań, zawierają wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, w tym koszt integracji / podłączenia systemu Udzielającego Zamówienia z systemem Przyjmującego Zamówienie oraz wszelkie koszty związane z przechowywaniem i przesyłem danych między tymi systemami.

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

- a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie.
- b. Proponuję następujące warunki udzielania świadczeń dla Udzielającego zamówienie (**wybrać wyłącznie jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):
 1. spełniam i akceptuję wymogi stawiane wszystkim oferentom w SWKO w zakresie warunków i terminów udzielania świadczeń –
 2. spełniam i akceptuję wymogi stawiane wszystkim oferentom w SWKO w zakresie warunków i terminów udzielania świadczeń oraz dodatkowo umożliwię konsultacje telefoniczne ze specjalistycznym personelem lekarskim wykonującym opisy stanowiące przedmiot niniejszego postępowania (co najmniej w dni powszednie w godzinach od 7:30 do 15:05) –
 3. spełniam i akceptuję wymogi stawiane wszystkim oferentom w SWKO w zakresie warunków i terminów udzielania świadczeń oraz dodatkowo umożliwię konsultacje telefoniczne ze specjalistycznym personelem lekarskim wykonującym opisy stanowiące przedmiot niniejszego postępowania (całodobowo przez 7 dni w tygodniu) –
- c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zapewnię (**wybrać wyłącznie jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):
 1. co najmniej 1-osobową obsadę lekarską do wykonywania opisów badań –
 2. co najmniej 2-osobową obsadę lekarską do wykonywania opisów badań –
 3. co najmniej 3-osobową obsadę lekarską do wykonywania opisów badań –
- d. W zakresie gotowości do zabezpieczenia należytego działania systemu teleinformatycznego wykorzystywanego do realizacji przedmiotu zamówienia deklaruję, iż (**wybrać wyłącznie jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):

1. spełniam i akceptuję wymogi w zakresie koniecznych warunków technicznych stawianych wszystkim oferentom w niniejszych SWKO, oraz zapewnię, na wypadek problemów natury informatycznej, możliwość telefonicznych konsultacji personelu Udzielającego Zamówienia z personelem odpowiedzialnym za działanie systemu teleinformatycznego (w dniach i godzinach określonych przez Oferenta – w wymiarze krótszym niż w pkt. 2 lub 3 poniżej) -
2. spełniam i akceptuję wymogi w zakresie koniecznych warunków technicznych stawianych wszystkim oferentom w niniejszych SWKO, oraz zapewnię, na wypadek problemów natury informatycznej, możliwość telefonicznych konsultacji personelu Udzielającego Zamówienia z personelem odpowiedzialnym za działanie systemu teleinformatycznego (co najmniej w dni powszednie w godzinach 7:30 do 15:05) -
3. spełniam i akceptuję wymogi w zakresie koniecznych warunków technicznych stawianych wszystkim oferentom w niniejszych SWKO, oraz zapewnię, na wypadek problemów natury informatycznej, możliwość telefonicznych konsultacji personelu Udzielającego Zamówienia z personelem Przyjmującego Zamówienie odpowiedzialnym za działanie systemu teleinformatycznego (całodobowo przez 7 dni w tygodniu) -

Oświadczam, iż spełniam minimalne wymogi stawiane wszystkim Oferentom w SWKO.

Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego Zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny bądź wskazanie więcej niż jednej dyspozycji dla pojedynczego kryterium oceny (lit. b-d), będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

W załączeniu przedkładam:

1. Kserokopię wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
2. Kserokopię wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z centralnej ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta
3. Wykaz określający liczbę i kwalifikacje zawodowe osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych - lista osób, które będą udzielać świadczeń wraz z oświadczeniem, iż spełniają one wymogi określone w obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa i wymogach stawianych przez NFZ, jak również iż nie są to osoby zatrudnione u Udzielającego Zamówienia w oparciu o stosunek pracy lub umowę cywilnoprawną,
4. Pełnomocnictwo (w przypadku gdy oferta jest sporządzona przez pełnomocnika),
5. Kserokopię polisy ubezpieczenia OC lub oświadczenie, iż w momencie podpisania umowy oferent dostarczy dokument potwierdzający, że podmiot jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej,
6. Wykaz umów zawartych z co najmniej 2 podmiotami leczniczymi wykonującymi działalność w rodzaju leczenie szpitalne, finansowanych ze środków publicznych w ramach umów z NFZ,
7. Oświadczenie o nierozwiązaniu umowy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych – opisów badań TK w ciągu ostatnich 2 lat z winy Oferenta,
8. Wypełniony formularz ofertowy – Załącznik nr 1 do SWKO,
9. Wypełniony formularz cenowy – Załącznik nr 2 do SWKO,
10. Zaakceptowany projekt umowy – Załącznik nr 3 do SWKO,
11. Wypełniony załącznik nr 4 – zawierający informacje określone w pkt. 3, 6 i 7 powyżej.

.....
data

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

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 i załącznikach do SWKO 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 Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
5. Akceptuję okres obowiązywania umowy, tj. **od daty zawarcia do dnia 31.12.2024 r.**
6. Termin płatności wynosi 30 dni od daty doręczenia prawidłowej faktury VAT wraz z wykazem wykonanych badań.
7. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania działalności leczniczej stanowiącej przedmiot zamówienia.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
9. Respektuję prawo NFZ do przeprowadzenia kontroli w zakresie realizacji przedmiotu konkursu.
10. 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) i c) 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 oraz w celu udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne w ramach postępowania konkursowego;
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