

nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA (Zadanie)

Należy wpisać numer zadania którego dotyczy oferta – zadania 1-4

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/8/2025** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:
**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Oddziale Dziecięcym i Poradniach
Specjalistycznych SPZOZ w Sanoku z podziałem na zadania:**

Zadanie 1. – Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Dziecięcym i Poradni Pediatricznej SPZOZ w Sanoku, w godzinach normalnej ordynacji.

Zadanie 2. – Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Dziecięcym i Poradni Neurologicznej dla Dzieci SPZOZ w Sanoku, w godzinach normalnej ordynacji.

Zadanie 3. – Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Dziecięcym SPZOZ w Sanoku, wraz z pełnieniem funkcji lekarza kierującego Oddziałem, oraz w Poradni Pediatrycznej, w godzinach normalnej ordynacji.

Zadanie 4. – Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Dziecięcym SPZOZ w Sanoku, wraz z pełnieniem funkcji zastępcy lekarza kierującego Oddziałem, oraz w Poradni Pediatricznej, w godzinach normalnej ordynacji.

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):

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Dziecięcym, a w przypadku zadania nr 3 i 4 także za pełnienie odpowiednio funkcji lekarza kierującego Oddziałem lub jego zastępcy (w godzinach normalnej ordynacji Szpitala) oraz za udzielanie świadczeń zdrowotnych w odpowiedniej Poradni (zadania nr 1, 3-4 – Pediatrycznej, zadanie nr 2 – Neurologicznej dla Dzieci) zgodnie z harmonogramem, 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*.

* zadanie nr 2 – w przypadku podmiotów leczniczych pod uwagę brany jest lekarz posiadający największe doświadczenie spośród zgłoszonych lekarzy;

b. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły, stopnie naukowe, certyfikaty, kursy specjalistyczne - udokumentowane)*

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

* zadanie nr 2 – w przypadku podmiotów leczniczych pod uwagę brany jest lekarz posiadający najwyższe kwalifikacje spośród zgłoszonych lekarzy;

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Dziecięcym w godzinach normalnej ordynacji szpitala, z wyłączeniem czasu udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni, we wskazanym poniżej minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”, a w przypadku odpowiedzi nr 4 dodatkowo dopisanie liczby dni):

1. co najmniej trzy dni w każdym tygodniu –
2. co najmniej cztery dni w każdym tygodniu –
3. pięć dni w każdym tygodniu –
4. inny, tj. –

d. W związku z realizacją przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiednio w Poradni Pediatrycznej lub Poradni Neurologicznej dla Dzieci (niezależnie od wymiaru godzinowego, który zostanie uzgodniony w harmonogramie) we wskazanym poniżej minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”, a w przypadku odpowiedzi nr 3 lub 4 dodatkowo dopisanie liczby dni):

1. co najmniej jeden dzień w tygodniu –
2. co najmniej dwa dni w tygodniu –
3. więcej niż dwa dni w tygodniu, tj. –
4. inny, tj. –

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 skutkował automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres **24 miesięcy**.

- 12. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.**

oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w pkt. 11 nie uległy zmianie, są aktualne i znajdują się w posiadaniu SPZOZ w Sanoku.

*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, 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 przepisami ustawy o działalności leczniczej.
5. Akceptuję okres obowiązywania umowy, tj. 24 miesiące od daty zawarcia umowy.
6. Akceptuję termin zapłaty wynoszący 21 dni od dnia dostarczenia Udzielającemu Zamówienia prawidłowo wystawionych: faktury i wymaganych załączników.
7. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej, przy poszanowaniu praw pacjenta.
8. Zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
9. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania działalności leczniczej w zakresie będącym przedmiotem konkursu.
10. Respektuję prawo NFZ do przeprowadzenia kontroli w zakresie realizacji przedmiotu konkursu.
11. 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