

.....
nazwa i pieczęć Oferenta

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr SPZOK/ŚZ/15/2025 ogłoszonym przez Dyrektora SPZOK w Sanoku na udzielanie świadczeń medycznych przez lekarza specjalistę w Poradni Reumatologicznej SP ZOZ 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	
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:

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni SPZOZ w Sanoku w % wartości należnej za punkt rozliczeniowy stosowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia – %

(słownie: procent)

Zadeklarowana stawka odpowiada **pełnym kosztem** 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, kursy specjalistyczne itp.)

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

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w dni powszednie w następującym **minimalnym zakresie** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”, a w przypadku odpowiedzi nr 4 dodatkowo uzupełnienie zakresu minimalnego):

1. **co najmniej 2 godziny** w tygodniu –
2. **co najmniej 4 godzin** w tygodniu –
3. **co najmniej 8 godzin w tygodniu** –
4. **inny, tj.** –

d. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”, a w przypadku odpowiedzi nr 4 dodatkowo uzupełnienie zakresu minimalnego):

1. **co najmniej jeden dzień** w tygodniu –
2. **co najmniej dwa dni** w tygodniu –
3. **co najmniej trzy dni** w tygodniu –
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** 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 prowadzonej działalności gospodarczej.**
4. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
5. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
6. Kserokopia dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń: prawo wykonywania zawodu, karta specjalizacji lub dyplom specjalizacyjny, kserokopie dodatkowych kwalifikacji, inne dokumenty potwierdzające posiadanie wymaganych uprawnień i doświadczenia (gdy wymagane).

* w przypadku, gdy Udzielający Zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wyżej wymienionych w pkt. 6 dokumentów (aktualny), Przyjmujący Zamówienie w przypadku jego niezalączania do oferty zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w punkcie 6 nie uległy zmianie, są aktualne i znajdują się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.

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. Termin płatności wynosi 21 dni od daty doręczenia prawidłowego rachunku lub faktury VAT wraz z wymaganymi załącznikami.
7. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
9. Respekuję 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.

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, zlecaniobiorcą 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.

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