

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA Zadanie 2

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/18/2025** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.**

Zadanie 2 – Świadczenia zdrowotne w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy.

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. za dyżur medyczny w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00. do 8.00 dnia następnego w zł / h.

Stawka: zł

(słownie zł)

B. za dyżur medyczny w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 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, stopnie naukowe, kursy specjalistyczne):

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

* 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 i postawienie znaku „X”):

1. **co najmniej jeden** dyżur tygodniowo w dni powszednie: w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego –
2. **co najmniej dwa** dyżury tygodniowo w dni powszednie: w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego –
3. **co najmniej trzy** dyżury tygodniowo w dni powszednie: w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego –
4. inne tj. –

d. 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 i postawienie znaku „X”):

1. **co najmniej jeden** dyżur miesięcznie w weekendy lub dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego –
2. **co najmniej dwa** dyżury miesięcznie w weekendy lub dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego –
3. **co najmniej trzy** miesięcznie w weekendy lub dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego –
4. inne 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 12 miesięcy.

Akceptuję termin zapłaty wynagrodzenia :

1. 21 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury (dot. lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki), lub
2. do dnia* (dot. podmiotów leczniczych zapewniających udzielanie świadczeń przez podwykonawców)

* - przypadającego po 21 dniu miesiąca – pod warunkiem dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury i wymaganych dokumentów 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.

W załączeniu przedkładam:

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. Załącznik nr 4 - Oświadczenie nr 4 – dotyczy oferenta korzystającego z zasobów innych podmiotów w celu realizacji zamówienia,
5. Załącznik nr 5 - Oświadczenie nr 5 – dotyczy oferenta korzystającego z własnych pracowników w celu realizacji zamówienia,
6. Załącznik nr 6 – Lista personelu, który będzie udzielał przedmiotowych świadczeń zdrowotnych w ramach złożonej oferty,
7. Załącznik nr 7 – Oświadczenie nr 6 – w zakresie wynikającym z art. 21 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (dotyczy oferenta niekorzystającego z pracowników lub podwykonawców),
8. Załącznik nr 8 – Oświadczenie nr 6 – w zakresie wynikającym z art. 21 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (dotyczy oferenta korzystającego z pracowników lub podwykonawców),
9. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
10. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
11. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń : prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień*.
12. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

* w przypadku, gdy Udzielający Zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wyżej wymienionych w pkt. 11 dokumentów (aktualny), Przyjmujący Zamówienie w przypadku jego niezałączenia do oferty zobowiązany jest do przedłożenia pisemnego oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w punkcie 11 nie uległy zmianie, są aktualne i znajdują się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.

.....
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 prawnym.
4. W momencie podpisania umowy dostarczę dokument potwierdzający, że podmiot jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
5. Akceptuję okres obowiązywania umowy. tj. 12 m-cy od daty zawarcia umowy.
6. Termin płatności wynosi 21 dni od daty wystawienia prawidłowej faktury VAT lub zgodnie z deklaracją zawartą w ofercie.
7. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności.
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) 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, zleceńbiorcą 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;
4. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....
data

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