

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/ 54 /2025** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych Zakładu Diagnostyki Obrazowej – Pracowniach TK, RTG i USG przez lekarza specjalistę w godzinach normalnej ordynacji oraz do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w Pracowni TK (dyżur pod telefonem).**

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):

1. stawka godzinowa za udzielanie świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych Zakładu Diagnostyki Obrazowej w godzinach normalnej ordynacji Szpitala, zgodnie z harmonogramem, w zł/h – **zł brutto**
(słownie:)
2. stawka godzinowa za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w Pracowni TK (dyżur pod telefonem) w dni powszednie, zgodnie z harmonogramem, w zł/h – **zł brutto**
(słownie:)
3. stawka godzinowa za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w Pracowni TK (dyżur pod telefonem) w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy, zgodnie z harmonogramem, w zł/h – **zł brutto**
(słownie:)
4. za opis badania TK kręgosłupa szyjnego, piersiowego, lędźwiowego, TK głowy, twarzoczaszki urazowej, zatok w zł – **zł brutto**
(słownie:)
5. za opis badania TK twarzoczaszki miękotkankowej, układu ruchu (mięśniowo-szkieletowego), HRCT uszu, szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy, za badanie angio-TK, wirtualną endoskopię (kolonoskopia, bronchoskopia), w zł – **zł brutto**
(słownie:)
6. za konsultację zinterpretowanego wyniku badania TK w zł – **zł brutto**
(słownie:)
7. za opis badania RTG klasycznego w zł – **zł brutto**
(słownie:)
8. za opis badania RTG klasycznego kontrastowego w zł – **zł brutto**
(słownie:)
9. za konsultację zinterpretowanego wyniku badania RTG w zł – **zł brutto**
(słownie:)
10. za badanie i interpretację USG w zł – **zł brutto**
(słownie:)
11. za badanie i interpretację USG Doppler w zł – **zł brutto**
(słownie:)
12. za badanie i interpretację USG Doppler w przypadku gdy jedno badanie obejmuje więcej niż jedną okolicę anatomiczną (dolna lub górna część ciała) w zł – **zł brutto**
(słownie:)

** W przypadku konieczności wykonania u jednego pacjenta w tym samym czasie kilku badań tego samego lub analogicznego rodzaju, obejmujących tożsamy zakres**, a w szczególności dotyczących tych samych części ciała pacjenta, Przyjmującemu Zamówienie będzie przysługiwała wyłącznie stawka za jedno badanie najwyżej wycenione, z wyłączeniem badań i opisów wykonywanych w trybie pilnym.*

*** Przy wykonywaniu badań USG powyższe odnosi się do badań obejmujących tożsamy zakres, a tym samym nie dotyczy sytuacji kiedy w skierowaniu wyodrębniono poszczególne układy naczyniowe.*

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, certyfikaty, kursy specjalistyczne - udokumentowane)

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

c. Zobowiązuje się do realizacji przedmiotu zamówienia w komórkach organizacyjnych Zakładu Diagnostyki Obrazowej w godzinach normalnej ordynacji Szpitala we wskazanym poniżej minimalnym wymiarze (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. co najmniej 12 dni miesięcznie, w tym min. dwa piątki –
2. co najmniej 13 dni miesięcznie, w tym min. dwa piątki –
3. co najmniej 14 dni miesięcznie, w tym min. dwa piątki –

d. Zgłaszam gotowość do realizacji przedmiotu zamówienia w Pracowni TK w ramach pozostawiania w gotowości do udzielania świadczeń (dyżur pod telefonem) we wskazanym poniżej minimalnym wymiarze (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. co najmniej 5 dyżurów miesięcznie –
2. co najmniej 6 dyżurów miesięcznie –
3. co najmniej 7 dyżurów miesięcznie –

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 **36 miesięcy**.

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 działalności gospodarczej
4. **Załącznik nr 4** – Oświadczenie nr 4 – 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)
5. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej
6. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta
7. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń: prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie poświadczające posiadanie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień, kursów*
8. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

* w przypadku, gdy SPZOZ w Sanoku posiada dokument lub dokumenty wymienione w pkt. 7 (aktualny), Przyjmujący Zamówienie w przypadku jego niezałączenia do oferty zobowiązany jest do przedłożenia pisemnego oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w pkt. 7 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. 36 miesięcy.
6. Akceptuję termin zapłaty wynoszący 21 dni od dnia dostarczenia Udzielającemu Zamówienia prawidłowo wystawionej faktury z wymaganymi załącznikami.
7. Zapoznałem się z projektem umowy i akceptuję jego postanowienia, w tym określone w nim zasady organizacji i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych oraz rozliczeń.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej, przy poszanowaniu praw pacjenta.
9. Zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
10. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania działalności leczniczej w zakresie będącym przedmiotem konkursu.
11. Respektuję prawo NFZ do przeprowadzenia kontroli w zakresie realizacji przedmiotu konkursu.
12. 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:
 - 1) art. 6 ust. 1 lit. b RODO - w celu związanym z realizacją umowy zawartej w wyniku rozstrzygnięcia postępowania konkursowego,
 - 2) art. 6 ust. 1 lit. c RODO – w celu spełnienia obowiązków ciążących na administratorze, w tym w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego i archiwizacji dokumentacji z postępowania,
 - 3) art. 6 ust. 1 lit. f RODO - do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora, w tym dochodzenia roszczeń przez SP ZOZ w Sanoku;
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. okres przetwarzania Państwa danych osobowych będzie uzależniony od podstawy prawnej ich przetwarzania - dane będą przetwarzane przez okres wymagany przepisami prawa (np. w celu prowadzenia sprawozdawczości finansowej i podatkowej oraz archiwizacji dokumentacji postępowania) lub okres przedawnienia roszczeń;
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 możliwości zawarcia umowy;
4. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....
data

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