

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA (Zadanie 4)

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/3/2026** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej SPZOZ w Sanoku, w tym wykonywanie zabiegów z zakresu ortopedii, w ramach normalnej ordynacji szpitala i dyżurów medycznych, z podziałem na zadania:**

Zadanie 4. – Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej SPZOZ w Sanoku, w ramach dyżurów medycznych.

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 Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w ramach dyżuru w dni powszednie lub w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy, 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.

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

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

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do realizacji przedmiotu zamówienia w dni powszednie w ramach dyżurów medycznych we wskazanym poniżej minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” lub wpisanie liczby dyżurów w odp. nr 4):

1. **co najmniej trzy dyżury medyczne** w miesiącu –
2. **co najmniej cztery dyżury medyczne** w miesiącu –
3. **co najmniej pięć dyżurów medycznych** w miesiącu –
4. **inne** (mniej niż trzy dyżury miesięcznie) tj.

d. W zakresie wymiaru – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym poniżej zakresie wymiarze (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. w różne dni w miesiącu –
2. w stałe (te same) dni w miesiącu –

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**.

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.
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.

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

str. 3 z 4

4. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

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