

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA (Zadanie 5)

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/3/2026** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku 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 5. – Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej SPZOZ w Sanoku, w godzinach normalnej ordynacji, w tym wykonywanie zabiegów z zakresu ortopedii oraz w ramach dyżurów medycznych – wraz z zobowiązaniem do utrzymania ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych.

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. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w godzinach normalnej ordynacji Szpitala, oferuję **stawkę godzinową w wysokości: zł brutto**
(słownie:)

2. 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:)

3. Za wykonywanie zabiegów w godzinach normalnej ordynacji oferuję **stawkę zabiegową w wysokości: %** od kwoty należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia dla danej procedury, określonej przy uwzględnieniu wartości za punkt obowiązującej na dzień zawarcia umowy (procent uwzględniający całościowy koszt uczestnictwa wszystkich członków lekarskiego zespołu zabiegowego) (**nie więcej niż 20%**)
(słownie:)

- zgodnie z zasadami określonymi w SWKO.

Za każdy przeprowadzony zabieg Przyjmującemu Zamówienie przysługiwać będzie wynagrodzenie **w wysokości odpowiedniego ułamku ww. procentu kwoty** należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia dla danej procedury, w zależności od roli pełnionej w lekarskim zespole operacyjnym, tj.:

- 1) operator bez asysty – 10/10 stawki procentowej wskazanej w pkt. 3,
- 2) operator w układzie operator+asystent – 6/10 stawki procentowej wskazanej w pkt. 3,
- 3) asystent operatora w układzie operator+asystent – 4/10 stawki procentowej wskazanej w pkt. 3,
- 4) operator w układzie operator+asystent I+asystent II – 5/10 stawki procentowej wskazanej w pkt. 3,
- 5) pierwszy asystent w układzie operator+asystent I+asystent II – 3/10 stawki procentowej wskazanej w pkt. 3,
- 6) drugi asystent w układzie operator+asystent I+asystent II – 2/10 stawki procentowej wskazanej w pkt. 3.

Należy wypełnić wszystkie opcje dla stawki godzinowej i zabiegowej.

UWAGA!

1. Stawka procentowa dotyczy maksymalnej kwoty wynagrodzenia dla całego zespołu operacyjnego i stanowi kwotę bazową dla określenia stawki zabiegowej, z uwzględnieniem roli pełnionej przez Przyjmującego Zamówienie w zespole operacyjnym;
2. W przypadku gdy do udzielenia świadczeń zdrowotnych – zabiegów operacyjnych, konieczne jest wykorzystanie endoprotez, kwota wskazana dla danej procedury pomniejszona zostanie uprzednio (tj. przed wyliczeniem wartości procentowej) o kwotę odpowiadającą kosztom endoprotez zakupionych przez Udzielającego Zamówienia do przeprowadzanych świadczeń;
3. Udział w zabiegu lekarza bez specjalizacji, w tym odbywającego szkolenie specjalizacyjne, nie jest uwzględniany na cele ustalenia wysokości stawki procentowej za wykonany zabieg.
4. Szczegóły dotyczące rozliczeń, a w szczególności dotyczące zasad określania kwoty bazowej - kwoty należnej według rozliczenia, określa udostępniony projekt umowy.

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)

1. **co najmniej cztery dni** w tygodniu –
2. **pięć dni** w tygodniu –

1. co najmniej cztery dyżury w miesiącu –
2. co najmniej pięć dyżurów w miesiącu –
3. co najmniej sześć dyżurów w miesiącu –

str. 3 z 4

5. Akceptuję okres obowiązywania umowy. tj. 24 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. Respekuję 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 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