

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/6/2026** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:
**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy 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, medycyny 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

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 poświadczające posiadanie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień, kursów.
12. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

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

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 miesięcy.
6. Akceptuję termin zapłaty wynagrodzenia:
 - 21 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury (dot. lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki), lub
 - do dnia* (dot. podmiotów leczniczych zapewniających udzielanie świadczeń przez podwykonawców)
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.

str. 3 z 4

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. 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.

str. 4 z 4