

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA Zadanie 2

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/10/2026** 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 lub oznaczenie więcej niż jednego wariantu (odpowiedzi) w danym kryterium będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres 24 miesięcy.

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)

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. Wydruk książki rejestrowej / wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
10. Wydruk informacji aktualnej z Krajowego Rejestru Sądowego lub z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
11. Kserokopie dokumentów potwierdzających uprawnienie lekarza (lekarzy) uprawniające do wykonywania świadczeń: prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie dodatkowych kwalifikacji, 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 niezłączania 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

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 miesiące.
6. Akceptuję termin zapłaty wynoszący 21 dni od dnia dostarczenia Udzielającemu Zamówienia prawidłowo wystawionej faktury z wymaganymi załącznikami lub zgodnie z dyspozycją w Ofercie.
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.

- Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

-
data podpis i pieczęć osoby upoważnionej do
 reprezentowania Oferenta