

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/11/2026** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na **wyłonienie podwykonawcy zapewniającego ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w SPZOZ w Sanoku.**

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:

Za zapewnianie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy i pielęgniarki w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w SPZOZ w Sanoku – świadczeń zdrowotnych w siedzibie SPZOZ w Sanoku oraz świadczeń w miejscu pobytu i zamieszkania świadczeniobiorców, proponuję **miesięczną stawkę ryczałtową** w wysokości:

..... zł brutto

(słownie:

.....)

W/w stawka ryczałtowa wyczerpuje wszelkie koszty Przyjmującego Zamówienie związane z realizacją przedmiotu konkursu zgodnie z Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO).

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.

* Licząc od dnia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;

b. Do realizacji przedmiotu konkursu zapewnię personel lekarski o następujących kwalifikacjach (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. Zapewnię lekarzy spełniających minimalne wymagania kwalifikacyjne (prawo wykonywania zawodu) –
2. Zapewnię lekarzy spełniających minimalne wymagania kwalifikacyjne, w tym co najmniej jednego lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny rodzinnej –

c. Do realizacji przedmiotu konkursu zapewnię personel pielęgniarski o następujących kwalifikacjach (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. Zapewnię pielęgniarki spełniające minimalne wymagania kwalifikacyjne (prawo wykonywania zawodu) –
2. Zapewnię pielęgniarki spełniające minimalne wymagania kwalifikacyjne, w tym co najmniej jedną pielęgniarkę ze specjalizacją z pielęgniarstwa rodzinnego –

d. W zakresie realizacji przedmiotu konkursu zapewnię personel medyczny w następującej ilości (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”, a w pkt 2 – dodatkowo wpisanie liczby personelu):

1. Zapewnienie minimalnej ilości personelu medycznego (co najmniej sześciu lekarzy i sześciu pielęgniarek) –
2. Zapewnienie większej niż minimalna ilość personelu medycznego, tj. lekarzy oraz pielęgniarek –

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**.

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 korzystającego z pracowników lub podwykonawców),
8. Wydruk księgi rejestrowej / wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
9. Wydruk informacji aktualnej z Krajowego Rejestru Sądowego lub z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
10. Kserokopie dokumentów potwierdzających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych przez wyznaczony personel, w szczególności prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny.
11. Kserokopia umowy ubezpieczenia OC w zakresie zgodnym z określonym w przepisach ustawy o działalności leczniczej.
12. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

.....
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 (o ile umowa OC nie została przedłożona wraz z ofertą).
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 (gdy dotyczy).
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 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*