

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/ 12 /2026** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:
udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym SP ZOZ w Sanoku w zakresie kontraktowych 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)	
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:

Wynagrodzenie (Cena):

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym w ramach dyżuru medycznego w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach i/lub w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy, oferuję stawkę godzinową w wysokości

Stawka: zł / h

(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 pracownika / podwykonawcę o najwyższym doświadczeniu.

b. Posiadam** następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe):
.....
.....
.....
.....
.....

** W przypadku podmiotu leczniczego, w imieniu którego świadczeń udzielać będą lekarze – pracownicy / podwykonawcy - wskazać pracownika / podwykonawcę 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):**

1. co najmniej trzy dyżury medyczne w każdym miesiącu –
2. co najmniej pięć dyżurów medycznych w każdym miesiącu –
3. co najmniej siedem dyżurów medycznych w każdym miesiącu –
4. w ilości większej niż 8 dyżurów medycznych w każdym miesiącu tj. dyżurów miesięcznie

d. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy **(wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):**

1. tylko w dni powszednie –
2. tylko w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy –
3. w dni powszednie, weekendy i dni ustawowo wolne od pracy –

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 zaznaczenie więcej niż jednej odpowiedzi będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres **12 miesięcy**.

Akceptuję termin zapłaty wynagrodzenia :

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 pracowników/podwykonawców)

* - przypadającego po 21 dniu miesiąca – pod warunkiem dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury i wymaganych dokumentów co najmniej do 8 dnia miesiąca. W przypadku niezachowania terminu dostarczenia faktury termin zapłaty ulega wydłużeniu o liczbę dni opóźnienia w doręczeniu prawidłowo wystawionej faktury.

- * w przypadku, gdy Udzielający Zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wyżej wymienionych w pkt. 11 dokumentów (aktualny), Przyjmujący Zamówienie w przypadku jego niezalążania 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.

Niniejszym, oświadczam, że:

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

- str. 3 z 4

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

-
data podpis i pieczęć osoby upoważnionej do
 reprezentowania Oferenta