

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/17/2026** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **wykonywanie świadczeń zdrowotnych – zabiegów z zakresu otolaryngologii na Bloku Operacyjnym SPZOZ w Sanoku przez lekarza specjalistę.**

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:

A – Wynagrodzenie (cena)

Za wykonywanie zabiegów z zakresu otolaryngologii w godzinach normalnej ordynacji **oferuję stawkę zabiegową w wysokości** **% (nie więcej niż 20%) (słownie:** procent) od kwoty należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia dla danej procedury (procent uwzględniający całościowy koszt uczestnictwa wszystkich członków lekarskiego zespołu zabiegowego), stanowiącej kwotę bazową.

Za każdy przeprowadzony zabieg Przyjmującemu zamówienie przysługiwać będzie wynagrodzenie w wysokości stawki zabiegowej - odpowiedniego ułamku stawki procentowej, wskazanej przez Oferenta od kwoty bazowej 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 Ofercie,
- 2) operator w układzie operator+asystent – 6/10 stawki procentowej wskazanej w Ofercie,
- 3) asystent operatora w układzie operator+asystent – 4/10 stawki procentowej wskazanej w Ofercie,
- 4) operator w układzie operator+asystent I+asystent II – 5/10 stawki procentowej wskazanej w Ofercie,
- 5) pierwszy asystent w układzie operator+asystent I+asystent II – 3/10 stawki procentowej wskazanej w Ofercie,
- 6) drugi asystent w układzie operator+asystent I+asystent II – 2/10 stawki procentowej wskazanej w Ofercie.

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. Aktualna wycena danej procedury/zabiegu (wartość punktowa wykorzystywana do obliczenia kwoty bazowej) zostanie pomniejszona o odpowiedni dodatek do taryfy (pkt) z tytułu standardu żywienia, który na dzień zawarcia umowy określony został w Tabeli 2 aneksu z dnia 21.01.2026 r. do raportu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie ustalenia taryfy świadczeń DAiR.521.4.2025 – Świadczenia gwarantowane obejmujące implementację standardu żywienia w podmiotach leczniczych dla wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach leczenia szpitalnego, stanowiącego podstawę zmiany wyceny procedur przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W przypadku zmiany wysokości dodatku do taryfy z tytułu standardu żywienia, Strony przy rozliczeniach pomniejszać będą wycenę procedury o aktualną wysokość tego dodatku;
3. Szczegóły dotyczące rozliczeń, a w szczególności dotyczące dalszych 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 (*minimum 8 lat*).

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

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w następującym minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. co najmniej 2 godziny w tygodniu –
2. co najmniej 4 godziny w tygodniu –
3. co najmniej 8 godzin w tygodniu –

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

- 1.co najmniej jeden dzień w każdym tygodniu –

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

-
*data podpis i pieczęć osoby upoważnionej do
 reprezentowania Oferenta*