

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/18/2026** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym w ramach tzw. dyżurów „pod telefonem”**.

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. Wynagrodzenie (Cena):

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym w ramach tzw. dyżurów „pod telefonem”, oferuję stawkę godzinową w wysokości:

.....zł brutto / 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 (w tym specjalizacja/e, tytuły, stopnie naukowe, certyfikaty, kursy specjalistyczne - udokumentowane)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

** 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 we wskazanym poniżej minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. co najmniej dwa dyżury w miesiącu –
2. co najmniej trzy dyżury w miesiącu –
3. co najmniej cztery dyżury w miesiącu –
4. co najmniej pięć dyżurów w miesiącu –

- d. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń we wskazanym poniżej zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. tylko w dni powszednie –
2. tylko w weekendy i dni świąteczne –
3. w dni powszednie, weekendy i dni świąteczne –

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

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

-
data podpis i pieczęć osoby upoważnionej do
 reprezentowania Oferenta