

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA (Zadanie 4)

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/ 19 /2026** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:
udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Zakładu Diagnostyki Obrazowej przez lekarzy specjalistów w podziale na zadania:

Zadanie 4 – Pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w **Pracowni TK** (dyżur 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)	
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:

Wynagrodzenie (Cena):

1. Za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w Pracowni TK (dyżur pod telefonem) w dni powszednie (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy), zgodnie z harmonogramem, w zł /h – **zł brutto**

2. Za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w Pracowni TK (dyżur pod telefonem) w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy, zgodnie z harmonogramem, w zł /h – **zł brutto**
(słownie:)

W przypadku wezwania do udzielania świadczeń:

3. Za badanie TK kręgosłupa szyjnego, piersiowego, lędźwiowego, TK głowy, twarzoczaszki urazowej, zatok w zł – **zł brutto**
(słownie:)

4. Za badanie TK twarzoczaszki miękotkankowej, układu ruchu (mięśniowo-szkieletowego), HRCT uszu, szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy, za badanie angio-TK, wirtualną endoskopię (kolonoskopia, bronchoskopia) – **zł brutto**
(słownie:)

5. Za konsultacje zinterpretowanego wyniku badania – **zł brutto**
(słownie:)

W przypadku konieczności wykonania u jednego pacjenta w tym samym czasie kilku badań tego samego lub analogicznego rodzaju, obejmujących tożsamy zakres, a w szczególności dotyczących tych samych części ciała pacjenta, Przyjmującemu Zamówienie będzie przysługiwała wyłącznie stawka za jedno badanie najwyższej wycenione, z wyłączeniem badań i opisów wykonywanych w trybie pilnym.

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, 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 uzupełnienie przy odpowiedniej pozycji liczby godzin w tygodniu i postawienie znaku „X” lub określenia innego minimalnego wymiaru udzielania świadczeń i postawienie znaku „X”):

- 1. co najmniej jeden dzień w każdym tygodniu, w tym godzin –
- 2. co najmniej dwa dni w każdym tygodniu, w tymgodzin –

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. 12 miesięcy.
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.
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. Respekuję 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