

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA – ZADANIE 1

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/20/2026** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym SP ZOZ w Sanoku z podziałem na zadania:**

Zadanie 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym w godzinach normalnej ordynacji Szpitala, w tym wykonywanie zabiegów

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 udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym w godzinach normalnej ordynacji Szpitala, oferuję **stawkę godzinową w wysokości:** **zł brutto**

(słownie:))

2. Za wykonywanie zabiegów w godzinach normalnej ordynacji oferuję **stawkę zabiegową w wysokości:** % 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) **(nie więcej niż 20%)**

(słownie:))

- zgodnie z zasadami określonymi w SWKO.

Za każdy przeprowadzony zabieg Przyjmującemu Zamówienie przysługiwać będzie wynagrodzenie **w wysokości odpowiedniego ułamku ww. procentu kwoty** należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych 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 pkt. 2,
- 2) operator w układzie operator+asystent – 6/10 stawki procentowej wskazanej w pkt. 2,
- 3) asystent operatora w układzie operator+asystent – 4/10 stawki procentowej wskazanej w pkt. 2,
- 4) operator w układzie operator+asystent I+asystent II – 5/10 stawki procentowej wskazanej w pkt. 2,
- 5) pierwszy asystent w układzie operator+asystent I+asystent II – 3/10 stawki procentowej wskazanej w pkt. 2,
- 6) drugi asystent w układzie operator+asystent I+asystent II – 2/10 stawki procentowej wskazanej w pkt. 2.

- przy uwzględnieniu zasad rozliczeń określonych w SWKO i w projekcie umowy.

Należy wypełnić wszystkie opcje dla stawki godzinowej i zabiegowej.

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.

b. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły, stopnie naukowe, certyfikaty, kursy specjalistyczne - udokumentowane)

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

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do realizacji przedmiotu zamówienia w dni powszednie w godzinach normalnej ordynacji w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym we wskazanym poniżej minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. **cztery dni** w tygodniu –
2. **pięć dni** w tygodniu –

d. W związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji przedmiotu zamówienia – udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji, we wskazanym poniżej minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. w różne dni tygodnia –
2. w stałe (te same) dni tygodnia –

Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres **24** miesięcy.

W załączeniu przedkładam (zaznaczyć właściwe dla podmiotu składającego ofertę) :

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 działalności gospodarczej
4. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
5. **Załącznik nr 4** – Oświadczenie nr 4 – **w zakresie wynikającym z art. 21 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.**
6. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
7. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń: prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie poświadczające posiadanie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień, kursów.
8. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

* w przypadku, gdy SPZOZ w Sanoku posiada dokument lub dokumenty wymienione w pkt. 7 (aktualne), Przyjmujący Zamówienie w przypadku jego niezalążczenia do oferty zobowiązany jest do przedłożenia pisemnego oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w pkt. 7 nie uległy zmianie, są aktualne i znajdują się w posiadaniu SPZOZ w Sanoku.

.....
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.
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.
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;

