

.....  
nazwa i pieczęć oferenta

**OFERTA do Zadania .....**  
*/należy wpisać numer zadania/*

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/ 28 /2026** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zabiegowym, jak i niezabiegowym w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SPZOZ Sanoku, z podziałem na zadania:**

**Zadanie 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym przez lekarza (lekarzy) w ramach kontraktowych dyżurów medycznych;**

**Zadanie 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym przez lekarza specjalistę wraz z pełnieniem funkcji lekarza kierującego Oddziałem;**

**Zadanie 3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym wraz z pełnieniem funkcji zastępcy lekarza kierującego Oddziałem;**

**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:**

1. Stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, jak również za kierowanie i zarządzanie Oddziałem w ramach pełnienia funkcji lekarza kierującego Oddziałem (*dot. Zadania 2.*) lub zastępcy lekarza kierującego Oddziałem (*dot. Zadania 3.*):  
- .....zł brutto  
(słownie zł .....)
2. Stawka za wykonanie badań lekarskich osoby zatrzymanej przez Policję i sporządzenie zaświadczenia lekarskiego .....zł brutto (*nie więcej niż 29,50zł*)  
(słownie zł .....)

Zadeklarowane stawki, przy uwzględnieniu postanowień SWKO, odpowiadają **pełnym kosztom** udzielania przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń stanowiących przedmiot konkursu.

**UWAGA – należy wypełnić wszystkie ww. opcje;**

**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 dane pracownika / podwykonawcy 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 dane pracownika / podwykonawcy 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”, a w przypadku odpowiedzi nr 5 dodatkowo wpisać liczbę dyżurów):

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 – .....
5. mniej niż dwa dyżury w miesiącu, tj. ....

**/DOT. ZADANIA 2 i 3/ W TYM W CZASIE NORMALNEJ ORDYNACJI SZPITALA: .....  
razy tygodniowo**

**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 – .....

**MAKSYMALNA LICZBA GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ (INFORMACJA NIEOCENIANA):**

- **średniomiesięcznie:** ..... godzin

- **cały okres obowiązywania umowy (12 miesięcy):** ..... godzin



5. W momencie podpisania umowy dostarczę dokument potwierdzający, że podmiot jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej.
6. Akceptuję okres obowiązywania umowy: 12 miesięcy
7. Akceptuję termin zapłaty wynoszący 21 dni od dnia dostarczenia Udzielającemu Zamówienia prawidłowo wystawionej faktury z wymaganymi załącznikami lub termin ustalony według dyspozycji oferenta przypadający po 21 dniu danego miesiąca.
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](mailto: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