

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA (Zadanie*)

* - wpisać numer zadania na które składana jest oferta (zadania 5-6)

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/29/2026** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego SPZOZ w Sanoku z podziałem na zadania:**

Zadanie 5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego SPZOZ w Sanoku, w ramach dyżurów medycznych.

Zadanie 6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego SPZOZ w Sanoku, 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)	
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):

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego SPZOZ w Sanoku (zaznaczyć właściwe przez wpisanie znaku „X” w odpowiednim kwadracie):

w ramach dyżurów medycznych oferuję **stawkę godzinową w wysokości:** zł brutto
(słownie:))

w ramach dyżurów medycznych „pod telefonem” oferuję **stawkę godzinową w wysokości:** zł brutto
(słownie:))

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 (wyłącznie w zakresie Zadania 5).

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 dane pracownika / podwykonawcy o najwyższych kwalifikacjach (wyłącznie w zakresie Zadania 5).

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do realizacji przedmiotu zamówienia w ramach dyżurów medycznych we wskazanym poniżej minimalnym wymiarze (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”, a w przypadku odpowiedzi nr 4 i 5 wpisanie liczby dyżurów):

1. **co najmniej trzy dyżury medyczne** w miesiącu –
2. **co najmniej cztery dyżury medyczne** w miesiącu –
3. **co najmniej pięć dyżurów medycznych** w miesiącu –
4. **większa liczba dyżurów medycznych** w miesiącu (ponad 5), tj.
5. **mniej niż trzy dyżury** w miesiącu, tj.

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

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

MAKSYMALNA LICZBA GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ (INFORMACJA NIEOCENIANA):

- **średniomiesięcznie:** godzin

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

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres **12 miesięcy**.

Oferta w zakresie kryteriów „dostępności” i „ciągłości” nie może pozostawać ze sobą w sprzeczności.

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

Akceptuję termin zapłaty wynagrodzenia:

- 21 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury (*dot. lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki*),
- do dnia* następującego po miesiącu rozliczeniowym (*dot. podmiotów leczniczych zapewniających udzielanie świadczeń przez podwykonawców – wyłącznie w zakresie Zadania 5*).

* - należy wskazać (liczbowo) dzień przypadający po 21 dniu miesiąca (termin ustalany pod warunkiem zachowania terminu dostarczenia faktury do 8 dnia kolejnego miesiąca). W przypadku niezachowania terminu dostarczenia faktury termin zapłaty ulega wydłużeniu o liczbę dni opóźnienia w doręczeniu prawidłowo wystawionej faktury.

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 prowadzonej działalności gospodarczej
4. Załącznik nr 4 - Oświadczenie nr 4 – dotyczy oferenta korzystającego z zasobów innych podmiotów w celu realizacji zamówienia,
5. Załącznik nr 5 - Oświadczenie nr 5 – dotyczy oferenta korzystającego z własnych pracowników w celu realizacji zamówienia,
6. Załącznik nr 6 – Lista personelu, który będzie udzielał przedmiotowych świadczeń zdrowotnych w ramach złożonej oferty,
7. Załącznik nr 7 – Oświadczenie nr 6 – w zakresie wynikającym z art. 21 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (dotyczy oferenta niekorzystającego z pracowników lub podwykonawców),
8. Załącznik nr 8 – Oświadczenie nr 6 – w zakresie wynikającym z art. 21 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (dotyczy oferenta korzystającego z pracowników lub podwykonawców),
9. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
10. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
11. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń: prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie poświadczające posiadanie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień, kursów*.
12. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

* w przypadku, gdy SPZOZ w Sanoku posiada dokument lub dokumenty wymienione w pkt. 11 (aktualne), Przyjmujący Zamówienie w przypadku jego niezłączenia do oferty zobowiązany jest do przedłożenia pisemnego oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w pkt. 11 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. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję wzór umowy.
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

