

.....

OFERTA (Zadanie 2)

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/44/2026** 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 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego SPZOZ w Sanoku, w ramach dyżurów medycznych.

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	

.....

.....

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

☐ w ramach dyżurów medycznych 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:

- * - 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.

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.

.....

data podpis i pieczęć osoby upoważnionej do
reprezentowania Oferenta

str. 3 z 4

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;
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