.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/45 /2026** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Dziecięcym 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	

…… …….
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 Dziecięcym w ramach dyżuru w dni powszednie lub w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy, 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*.

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

……
……
……
……
……
……

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Dziecięcym w ramach dyżurów medycznych (lekarskich) we wskazanym poniżej minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. wyłącznie w dni powszednie – ……
2. wyłącznie w dni ustawowo wolne od pracy, soboty i niedziele – ……
3. zarówno w dni powszednie jak i w dni ustawowo wolne od pracy – ……

d. W związku z realizacją przedmiotu zamówienia zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Dziecięcym w ramach dyżurów medycznych (lekarskich) we wskazanym poniżej minimalnym wymiarze (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”, a w przypadku odpowiedzi nr 3 lub 4 wpisanie liczby dyżurów):

1. co najmniej trzy dyżury medyczne w miesiącu – ……
2. co najmniej cztery dyżury medyczne w miesiącu – ……
3. więcej niż cztery dyżury medyczne w miesiącu, tj. ……
4. mniej niż trzy dyżury medyczne w miesiącu, tj. ……

MAKSYMALNA LICZBA GODZIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ (INFORMACJA NIEOCENIANA):
- średniomiesięcznie: ……. godzin
- cały okres obowiązywania umowy (<u>9 miesięcy</u>): ……. godzin

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres **9 miesięcy tj. 31.07.2027**

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 skutkował automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

Akceptuję termin zapłaty wynagrodzenia:
- 21 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury

<u>W załączeniu przedkładam :</u>

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 – 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),

5. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
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. 11 (aktualne), Przyjmujący Zamówienie w przypadku jego niezałączania 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: 9 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. 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, zleceniobiorcą 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*