

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/4/2021** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym SPZOZ w Sanoku, jak również wykonywanie zabiegów w Pracowni Radiologii Zabiegowej i na Bloku Operacyjnym - w godzinach normalnej ordynacji Szpitala.**

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 SPZOZ w Sanoku, w godzinach normalnej ordynacji, oferuję **stawkę godzinową w wysokości:**
..... **zł brutto**
(słownie.....złotych brutto)
2. Za wykonywanie zabiegów na Bloku Operacyjnym oferuję **stawkę zabiegową w wysokości:**
..... % od kwoty należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Funduszu 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 15%*)
(słownie.....procent)
3. Za wykonywanie zabiegów w Pracowni Radiologii Zabiegowej oferuję **stawkę zabiegową w wysokości:**
..... % od kwoty należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Funduszu 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..... procent)

Za każdy przeprowadzony zabieg Przyjmującemu zamówienie przysługiwać będzie wynagrodzenie w wysokości odpowiedniego ułamku stawki procentowej, tj. procentu wskazanego przez Oferenta od kwoty należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Funduszu 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 Ofercie,
- 2) operator w układzie operator+asystent – 6/10 stawki procentowej wskazanej w Ofercie,
- 3) asystent operatora w układzie operator+asystent – 4/10 stawki procentowej wskazanej w Ofercie.

Udział w zabiegu lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne, nie jest uwzględniany na cele ustalenia wysokości stawki procentowej za wykonany zabieg.

*** W przypadku gdy do udzielenia świadczeń zdrowotnych konieczne jest wykorzystanie stentów lub stentgraftów, kwota pomniejszona zostanie uprzednio (tj. przed wyliczeniem wartości procentowej) o kwotę odpowiadającą kosztom stentów lub stentgraftów zakupionych przez Udzielającego Zamówienia do przeprowadzanych świadczeń. Łączne miesięczne wynagrodzenie Przyjmującego Zamówienie z tytułu wykonywanych zabiegów na Bloku Operacyjnym i w Pracowni Radiologii Zabiegowej nie może przekroczyć limitu 19.000,00 zł.**

UWAGA – należy wypełnić wszystkie opcje dla stawki godzinowej i ryczałtowej.

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)

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

9. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania działalności leczniczej w zakresie będącym przedmiotem konkursu.
10. Respektuję prawo NFZ do przeprowadzenia kontroli w zakresie realizacji przedmiotu konkursu.
11. 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@zoosanok.pl
3. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
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 kopie swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przedawnienia wynikającego z ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny;
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; administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....
data

.....
*podpis i pieczęć osoby upoważnionej do
reprezentowania Oferenta*