

.....  
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA (Zadanie .....)

W związku z konkursem ofert nr SPZOZ/ŚZ/15/2020 ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w **wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Poradniach Specjalistycznych SP ZOZ w Sanoku z podziałem na zadania:**

**Zadanie 1. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Poradni Otolaryngologicznej SP ZOZ w Sanoku.**

**Zadanie 2. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Poradni Okulistycznej SP ZOZ w Sanoku.**

**Zadanie 3. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Poradni Zdrowia Psychicznego SP ZOZ w Sanoku.**

**Zadanie 4. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Poradni Leczenia Uzależnień SP ZOZ w Sanoku.**

**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:**

**Zadanie 1-2**

- a. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Specjalistycznej SPZOZ będącej przedmiotem konkursu w % wartości należnej za punkt rozliczeniowy stosowanej przez Narodowy Funduszu Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia – ..... %  
(słownie: .....)
- b. Za udzielanie konsultacji na rzecz pacjentów Oddziałów Szpitalnych SP ZOZ w Sanoku – .....zł  
(słownie:.....)
- c. Za wykonywanie badań profilaktycznych na rzecz Zakładu Medycyny Pracy SP ZOZ w Sanoku – .....zł  
(słownie .....)

**Zadanie 3-4**

- a. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Specjalistycznej SPZOZ będącej przedmiotem konkursu w % wartości należnej za punkt rozliczeniowy stosowanej przez Narodowy Funduszu Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia – ..... %  
(słownie: .....)
- b. Za udzielanie konsultacji na rzecz pacjentów Oddziałów Szpitalnych SP ZOZ w Sanoku – .....zł

Zadeklarowana stawka odpowiada **pełnym kosztem** udzielania przez Przyjmującego Zamówienia świadczeń stanowiących przedmiot konkursu.

\* Wysokość maksymalnych rocznych limitów punktowych (oraz miesięcznych stanowiących 1/12 limitu rocznego) ustalona zostanie na podstawie wysokości finansowania przewidzianego w kontrakcie z NFZ na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarskich porad specjalistycznych, średniego rocznego wykonania kontraktu w danej Poradni, przy uwzględnieniu czasu udzielania świadczeń w Poradni przez Przyjmującego zamówienie. Limity te w latach 2022-2024 mogą ulec zmianie w drodze aneksu do umowy, w związku ze zmianami w rozliczeniach z Narodowym Funduszem Zdrowia.

\*\* Z powodu zmiany zasad finansowania udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak również w związku z koniecznością rozszerzenia realizacji kontraktu, którego wykonanie uległo ograniczeniu w związku z wprowadzeniem stanu epidemii, w okresie od 1.04.2021r. do 30.06.2021r. wyżej wymienione limity nie obowiązują. Okres zniesienia limitów może zostać wydłużony w drodze aneksu do umowy.

**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, kursy specjalistyczne)  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w dni powszednie w następującym **minimalnym zakresie** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” lub uzupełnienie odpowiedzi nr 3):

- 1. **co najmniej 4 godziny** w tygodniu – .....
- 2. **co najmniej 8 godzin** w tygodniu – .....
- 3. **inne:** .....

d. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

- 1. **co najmniej jeden dzień** w tygodniu – .....
- 2. **co najmniej dwa dni** w tygodniu – .....

**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 skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.**

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres **36 miesięcy** od daty zawarcia umowy.

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 działalności gospodarczej

4. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
5. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
6. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń: prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie poświadczające posiadanie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień, kursów.
7. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

\* w przypadku, gdy Udzielający Zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wyżej wymienionych w pkt. 6 dokumentów (aktualny), Przyjmujący Zamówienie w przypadku jego niezałączenia do oferty zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w punkcie 6 nie uległy zmianie, są aktualne i znajdują się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.

.....  
*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. W momencie podpisania umowy dostarczę dokument potwierdzający, że podmiot jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej.
5. Akceptuję okres obowiązywania umowy, tj. 36 miesięcy od daty zawarcia umowy.
6. Termin płatności wynosi 21 dni od daty doręczenia prawidłowego rachunku lub faktury VAT wraz z wymaganymi załącznikami.
7. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
9. Respekuję prawo NFZ do przeprowadzenia kontroli w zakresie realizacji przedmiotu konkursu.
10. 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 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 kopię 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*