

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/47/2021** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalisy 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, oraz pełnienie dyżurów medycznych, w tym tzw. „dyżurów pod telefonem”, w Oddziale.**

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 w stawce godzinowej – zł brutto.
(słownie:)
2. Za wykonywanie zabiegów na Bloku Operacyjnym i w Pracowni Radiologii Zabiegowej w godzinach normalnej ordynacji w stawce ryczałtowej – zł brutto.
(słownie:)
3. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym SPZOZ w Sanoku w ramach dyżuru medycznego w stawce godzinowej –
1. zł brutto.
(słownie:)
4. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym SPZOZ w Sanoku w ramach tzw. „dyżuru pod telefonem” w stawce godzinowej –
1. zł brutto.
(słownie:)

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)

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

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do realizacji przedmiotu zamówienia w dni powszednie w godzinach normalnej ordynacji, w tym wykonywania zabiegów, we wskazanym poniżej zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. **trzy dni** w tygodniu –
2. **cztery dni** w tygodniu –
3. **pięć dni** w tygodniu –

d. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia wyrażam gotowość do pełnienia dyżurów medycznych, we wskazanym poniżej minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”, a w przypadku odpowiedzi nr 3 dodatkowo wpisać deklarowany wymiar dyżurów medycznych):

1. **co najmniej trzy dyżury** w miesiącu –
2. **co najmniej cztery dyżury** w miesiącu –
3. inne: –

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.

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