

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/53/2021** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych - zabiegowych i niezabiegowych, w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SPZOZ Sanoku wraz z pełnieniem funkcji lekarza kierującego tym Oddziałem.**

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) | |
| Numer prawa wykonywania zawodu Nr konta bankowego | |
| Specjalizacja | |
| Informacje dodatkowe | |
| | |

.....
data

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

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:

1. Stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SPZOZ w Sanoku wraz z pełnieniem funkcji lekarza kierującego tym Oddziałem:
.....zł brutto*
(słownie zł)

* - W przypadku wystąpienia okoliczności nadzwyczajnych czy też okoliczności, których nie można było wcześniej przewidzieć, powodujących konieczność pełnienia dyżuru medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym przez jednego lekarza - Udzielającego Zamówienia zwiększy dyżurową stawkę godzinową o 1/3;

2. Stawka za wykonanie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję i sporządzanie zaświadczeń lekarskich
.....zł brutto (nie więcej niż 29,50zł)
(słownie zł)
3. Stawka za wypis pacjenta w czasie wykonywania świadczeń w wysokościzł brutto/za osobę (nie więcej niż 10zł)
(słownie zł)

Zadeklarowane stawki odpowiadają **pełnym kosztem** udzielania przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń stanowiących przedmiot konkursu.

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 i stopnie naukowe):
.....
.....
.....
.....

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych i pełnienia funkcji lekarza kierującego SOR w godzinach normalnej ordynacji w następującym **minimalnym wymiarze (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):**

1. co najmniej 1 dzień w każdym tygodniu –
2. co najmniej 2 dni w każdym tygodniu –
3. co najmniej 3 dni w każdym tygodniu –

d. W zakresie dyżurów medycznych zgłaszam gotowość do pracy **(wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” , a w przypadku odpowiedzi nr 4 – wpisanie liczby dyżurów i postawienie znaku „X”):**

1. co najmniej 1 dyżur w miesiącu –
2. co najmniej 2 dyżury w miesiącu –
3. co najmniej 3 dyżury w miesiącu –
4. więcej niż 3 dyżury w miesiącu, tj. -

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:

W przypadku wyboru Oferty:

- lekarza medycyny ratunkowej – **18 miesięcy**,

- lekarza systemu – **6-miesiący**, z możliwością przedłużenia do 18 miesięcy*

*w przypadku zmiany przepisów w sposób umożliwiający dalsze pełnienie funkcji lekarza kierującego szpitalnym oddziałem ratunkowym przez lekarza systemu.

W załączeniu przedkładam (zaznaczyć właściwe dla podmiotu składającego ofertę) :

1. **Załącznik nr 1** – Lista personelu, który będzie udzielał przedmiotowych świadczeń zdrowotnych w ramach złożonej oferty.
2. **Załącznik nr 2** - Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS, US.
3. **Załącznik nr 3** - Oświadczenie nr 2 – dotyczy oferenta korzystającego z zasobów innych podmiotów w celu realizacji zamówienia.
4. **Załącznik nr 4** - Oświadczenie nr 3 – dotyczy oferenta korzystającego z własnych pracowników w celu realizacji zamówienia.
5. **Załącznik nr 5** - Oświadczenie nr 4 – w zakresie BHP, PPOŻ, medycyna pracy.
6. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
7. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
8. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń : prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień*.
9. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

* w przypadku, gdy Udzielający Zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wyżej wymienionych w pkt. 8 dokumentów (aktualne), Przyjmujący Zamówienie w przypadku jego niezłączenia do oferty zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w punkcie 8 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 jestem ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
5. Akceptuję okres obowiązywania umowy. tj. odpowiednio 18 miesięcy lub 6 miesięcy, z możliwością przedłużenia do 18 miesięcy*.
6. Akceptuję termin zapłaty wynoszący 21 dni od dnia dostarczenia Udzielającemu Zamówienia prawidłowo wystawionej faktury lub rachunku z wymaganymi załącznikami.
7. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej, przy poszanowaniu praw pacjenta.
8. Zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
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@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*