

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/33 /2022** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę urologa w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym SPZOZ w Sanoku w godzinach normalnej ordynacji Szpitala i w ramach dyżurów medycznych, w tym wykonywanie zabiegów, oraz dyżury w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SPZOZ 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:

Wynagrodzenie (Cena):

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym w godzinach normalnej ordynacji Szpitala (od godz. 7:30 do 15:05), oferuję **stawkę godzinową w wysokości:** **zł brutto**

(słownie:)

2. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym w ramach dyżuru w dni powszednie od 15:05 do 7:30 dnia następnego lub w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy od godz. 7:30 do 7:30 dnia następnego, oferuję **stawkę godzinową w wysokości:** **zł brutto**

(słownie:)

3. Za wykonywanie zabiegów w godzinach normalnej ordynacji – w przypadku pełnienia roli **operatora**, oferuję **stawkę zabiegową w wysokości:** % od kwoty należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia dla danej procedury (z zastrzeżeniem ustalonego limitu punktowego i maksymalnej wartości pkt rozliczeniowego)

(słownie:)

4. Za wykonywanie zabiegów w godzinach normalnej ordynacji – w przypadku pełnienia roli **asystenta**, oferuję **stawkę zabiegową w wysokości:** % od kwoty należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia dla danej procedury (z zastrzeżeniem ustalonego limitu punktowego i maksymalnej wartości pkt rozliczeniowego)

(słownie:)

5. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, oferuję **stawkę godzinową w wysokości:** **zł brutto**

(słownie:)

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

Wynagrodzenie określone na podstawie pkt. 1-5 uwzględnia wszystkie koszty, jakie ponosi Przyjmujący Zamówienie w ramach realizacji niniejszej 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, certyfikaty, kursy specjalistyczne - udokumentowane)

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

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do realizacji przedmiotu zamówienia w dni powszednie w godzinach normalnej ordynacji w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym we wskazanym poniżej minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. **co najmniej trzy dni** w tygodniu –

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.

.....
data

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

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 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*