

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/ 18 /2023** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SPZOZ Sanoku w ramach normalnej ordynacji i dyżurów medycznych wraz z pełnieniem funkcji Za-cy Lekarza Kierującego 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) | |
| 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:

1. Stawka ryczałtowa za pełnienie funkcji zastępcy lekarza kierującego Oddziałem w miesięcznej stawce ryczałtowej w zł
-zł brutto (*nie więcej niż 2500,00 zł*)
(słownie zł)

2. Stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń przez lekarza w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izba Przyjęć w dni powszednie, robocze (pon.-pt) w godzinach od 7.30 do 15.05 lub od 15.05 do 7.30 dnia następnego lub od 19.00 do 7.00 dnia następnego lub od 7.30 do 7.30 dnia następnego, jak również w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 do 7.30 dnia następnego:

-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 50%;

3. Stawka za wykonanie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję i sporządzanie zaświadczeń lekarskichzł brutto (*nie więcej niż 29,50zł*)
(słownie zł)

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

UWAGA – należy wypełnić wszystkie ww. opcje;

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 (w tym specjalizacja/e, tytuły, stopnie naukowe, certyfikaty, kursy specjalistyczne - udokumentowane)

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

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń - w godzinach normalnej ordynacji Szpitala, we wskazanym poniżej **minimalnym zakresie** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. **co najmniej jeden dzień** w tygodniu –
2. **co najmniej trzy dni** w tygodniu –
3. **pięć dni** w tygodniu –

d. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń - w zakresie dyżurów medycznych we wskazanym poniżej minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”, a w przypadku wyboru odpowiedzi nr 4 wpisanie liczby dyżurów wyższej niż dwa i postawienie znaku „X”):

1. **co najmniej jeden dyżur** w miesiącu –
2. **co najmniej dwa dyżury** w miesiącu –
3. **co najmniej trzy dyżury** w miesiącu –
4. **większa ilość dyżurów** w miesiącu, tj. –

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*