

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/27/2023** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na **udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opisów badań TK drogą teleradiologii.**

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	
Informacje dodatkowe	

.....
data

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

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert za wynagrodzenie:

WYNAGRODZENIE*:

NETTO - zł,

Słownie:

BRUTTO - zł,

Słownie:

STAWKA VAT.....%

Wynagrodzenie* (całościowe) stanowi iloczyn ceny jednostkowej brutto opisów badań i szacunkowej ilości badań, zgodnie z Formularzem cenowym - Załącznikiem Nr 2 do SWKO.

Oświadczam, iż ww. wartości są zgodne z wypełnionym Załącznikiem Nr 2 do SWKO - Formularz cenowy.

Wynagrodzenie, w tym ceny jednostkowe za opisy badań, zawierają wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, w tym koszt integracji / podłączenia systemu Udzielającego Zamówienia z systemem Przyjmującego Zamówienie oraz wszelkie koszty związane z przechowywaniem i przesyłem danych między tymi systemami.

W zakresie kolejnych kryteriów oceny (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie.
- b. Proponuję następujące warunki udzielania świadczeń dla Udzielającego zamówienie (**wybrać wyłącznie jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):
 1. spełniam i akceptuję wymogi stawiane wszystkim oferentom w SWKO w zakresie warunków i terminów udzielania świadczeń –
 2. spełniam i akceptuję wymogi stawiane wszystkim oferentom w SWKO w zakresie warunków i terminów udzielania świadczeń oraz dodatkowo umożliwię konsultacje telefoniczne ze specjalistycznym personelem lekarskim wykonującym opisy stanowiące przedmiot niniejszego postępowania (co najmniej w dni powszednie w godzinach od 7:30 do 15:05) –
 3. spełniam i akceptuję wymogi stawiane wszystkim oferentom w SWKO w zakresie warunków i terminów udzielania świadczeń oraz dodatkowo umożliwię konsultacje telefoniczne ze specjalistycznym personelem lekarskim wykonującym opisy stanowiące przedmiot niniejszego postępowania (całodobowo przez 7 dni w tygodniu) –
- c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zapewnię (**wybrać wyłącznie jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):
 1. co najmniej 1-osobową obsadę lekarską do wykonywania opisów badań –
 2. co najmniej 2-osobową obsadę lekarską do wykonywania opisów badań –
 3. co najmniej 3-osobową obsadę lekarską do wykonywania opisów badań –
- d. W zakresie gotowości do zabezpieczenia należytego działania systemu teleinformatycznego wykorzystywanego do realizacji przedmiotu zamówienia deklaruję, iż (**wybrać wyłącznie jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):

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 i załącznikach do SWKO 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 Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
5. Akceptuję okres obowiązywania umowy, tj. **od daty zawarcia do dnia 31.12.2024 r.**
6. Termin płatności wynosi 30 dni od daty doręczenia prawidłowej faktury VAT wraz z wykazem wykonanych badań.
7. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania działalności leczniczej stanowiącej przedmiot zamówienia.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
9. Respektuję 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
3. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) i c) 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 oraz w celu udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne w ramach postępowania konkursowego;
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