

.....  
nazwa i pieczęć oferenta

## OFERTA – Zadanie 2

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/22/2024** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zabiegowym jak i niezabiegowym w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SPZOZ Sanoku z podziałem na zadania:**

**Zadanie 1. Udzielanie świadczeń w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SPZOZ Sanoku przez lekarza w ramach godzin normalnej ordynacji.**

**Zadanie 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w ramach kontraktowych dyżurów medycznych.**

### 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 za jedną godzinę udzielania świadczeń medycznych w dni powszednie od poniedziałku do piątku w **ramach dyżurów medycznych** 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 ramach dyżurów medycznych 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 - Udzielający Zamówienia zwiększy dyżurową stawkę godzinową o 50%
2. Stawka za wykonanie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję i sporządzanie zaświadczeń lekarskich .....zł 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 we wskazanym poniżej **minimalnym zakresie** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. co najmniej dwa dyżury w miesiącu – .....
2. co najmniej trzy dyżury w miesiącu – .....
3. co najmniej cztery dyżury w miesiącu – .....
4. co najmniej pięć dyżurów w miesiącu – .....

d. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń we wskazanym poniżej zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. tylko w dni powszednie – .....
2. tylko w weekendy i dni świąteczne – .....
3. w dni powszednie, weekendy i dni świąteczne – .....

**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 **12 miesięcy**

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

1. **Załącznik nr 1** - Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS, US
2. **Załącznik nr 2** - Oświadczenie nr 2 – w zakresie BHP, PPOŻ, medycyna pracy
3. **Załącznik nr 3** - Oświadczenie nr 3 – w zakresie działalności gospodarczej
4. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
5. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności



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*