

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/50/2024** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych – zabiegów z zakresu chirurgii kręgosłupa na Bloku Operacyjnym i w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej SPZOZ w Sanoku oraz konsultacji neurochirurgicznych przez lekarzy specjalistów.**

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:

(OPCJA OPERATOR + ASYSTENT)

Za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza Operatora będzie przysługiwać odpowiednio stawka stanowiąca **2/3**, a w charakterze lekarza Asystenta **1/3** z:

- 1)% (*nie więcej niż 45%*) kwoty należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia (przy czym cena za 1 pkt odnosi się do wartości brutto refundacji NFZ za hospitalizację zwykłą - bez dodatku osobodni, bez produktów do sumowania wycenianych odrębnie, bez dodatkowych kwot zwiększających wycenę NFZ, ustalonej na dzień zawarcia umowy) przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia dla procedur A22, H51 i H52* – **max. 35 pkt.**
- 2)% (*nie więcej niż 35%*) kwoty należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia (przy czym cena za 1 pkt odnosi się do wartości brutto refundacji NFZ za hospitalizację zwykłą - bez dodatku osobodni, bez produktów do sumowania wycenianych odrębnie, bez dodatkowych kwot zwiększających wycenę NFZ, ustalonej na dzień zawarcia umowy) przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia dla procedur A23, A27 i H53* – **max. 30 pkt.**

* - w przypadku dokonania przez Narodowy Fundusz Zdrowia zmian oznaczeń procedur wskazanych powyżej, przy założeniu, że zmiana obejmuje tożsame lub znacząco zbliżone pod względem rodzajowym procedury do wskazanych, Strony przy dokonywaniu rozliczeń dostosują oznaczenia procedur do nowo określonych przez NFZ.

W przypadku gdy do udzielenia świadczeń zdrowotnych – zabiegów operacyjnych, konieczne jest wykorzystanie implantów, kwota wskazana dla danej procedury pomniejszona zostanie uprzednio (tj. przed wyliczeniem wartości procentowej) o kwotę odpowiadającą kosztom implantów zakupionych przez Udzielającego Zamówienia do przeprowadzanych świadczeń;

- 3) Za wykonanie konsultacji neurochirurgicznej u jednego pacjenta w stawce kwotowej (*nie więcej niż 50 zł*):

..... **zł brutto**
(słownie:)

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 w wykonywaniu zabiegów operacyjnych z zakresu chirurgii kręgosłupa.

* W przypadku podmiotu leczniczego, w imieniu którego świadczeń udzielać będą lekarze – pracownicy / podwykonawcy wskazać dane pracownika / podwykonawcy o najwyższym doświadczeniu.

- b. **Posiadam*** następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły, stopnie naukowe, kursy specjalistyczne):

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

* W przypadku podmiotu leczniczego, w imieniu którego świadczeń udzielać będą lekarze – pracownicy / podwykonawcy wskazać dane pracownika / podwykonawcy o najwyższych kwalifikacjach.

- c. **W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji przedmiotu zamówienia (wykonywania zabiegów operacyjnych) we wskazanym poniżej minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):**

1. **co najmniej jeden raz w miesiącu** –

2. co najmniej dwa razy w miesiącu –
3. co najmniej trzy razy w miesiącu –

d. W związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazany sposób (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. w różne dni miesiąca –
2. w stałe (te same) dni miesiąca –

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

* w przypadku, gdy Udzielający Zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wyżej wymienionych w pkt. 9 dokumentów (aktualny), Przyjmujący Zamówienie w przypadku jego niezłączenia do oferty zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w punkcie 9 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 podmiot jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej (jeżeli nie dołączono do oferty).
5. Akceptuję okres obowiązywania umowy. tj. 24 m-cy
6. Akceptuję termin płatności 21 dni od daty doręczenia prawidłowej faktury VAT.
7. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności.
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. c) i b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania obowiązków ciążących na Administratorze oraz 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 określonego w przepisach odrębnych, a w przypadku podpisania umowy – do 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;
4. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....
Data

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